Niveau(x) d'enseignement : 2 Numéro EDUQ : 9370308
Centre d'intérêt : 260

Baillargeon, Madeleine

Entrez dans la ronde-- : l'intégration des enfants handicapés dans les services de garde / Madeleine Baillargeon ; [réalisé par la Direction Recherche et communications de l'Office des services de garde à l'enfance en collaboration avec l'Office des personnes handicapées du Québec] -- [Québec] : Publications de Québec : L'Office des services de garde à l'enfance, ©1986
viii, 139 p. : ill. ; 24 cm. -- (Ressources et petite enfance)

Bibliogr. : p. 131-137. Notes bibliogr. : p. 131

ISBN 2-551-09142-X

Vedette(s)-secondaire(s) : Québec (Province). Office des services de garde à l'enfance. Direction Recherche et communications. * Office des personnes handicapées du Québec.

Descripteur(s) : Enfant handicapé * Services de garde * Intégration sociale * Déficient mental * Trouble du langage * Handicapé auditif * Handicapé visuel * Handicapé physique * Désadapté socio-affectif * Enfant négligé * Enfant maltraité * Education préscolaire

Identificateur(s) de sujet : Intervention

Outil de formation et d'information destiné d'abord au personnel des services de garde à l'enfance. Il veut les aider à mieux connaître l'enfant handicapé et à adapter leurs interventions aux capacités et aux limites en deux grandes parties : l'intégration et l'intervention. La première partie comprend deux chapitres qui tentent de répondre aux questions suivantes : qu'est-ce que l'intégration? et comment se fait l'intégration? La deuxième partie aborde d'abord les principes éducatifs généraux pertinents à l'intégration des enfants handicapés. Les chapitres suivants examinent l'intervention par rapport aux différents types de déficiences : intellectuelles, du langage ou de la parole, auditives, visuelles, des organes, du squelette et de l'appareil de soutien, d'ordre socio-affectif ou comportemental. Un dernier chapitre se rapporte aux enfants négligés ou maltraités. Une liste d'organismes et de documents susceptibles de servir de ressources s'ajoute au document.

Type de document

Les PUBLICATIONS DU QUÉBEC

Entrez dans la ronde...

l'intégration des enfants handicapés dans les services de garde

Collection
Ressources
et petite enfance

Madeleine Baillargeon

Québec

937038

Entrez dans la ronde...

l'intégration des enfants handicapés dans les services de garde

Le contenu de cette publication a été réalisé
par la Direction recherche et communications
de l'Office des services de garde à l'enfance
en collaboration avec l'Office des personnes handicapées
du Québec

Cette édition a été produite par la
Direction générale des publications gouvernementales

Supervision, coordination et approbation des travaux
- Renée Spain
- Solange Castin

Rédaction
- Madeleine Baillargeon
  Université Laval

Collaboration et consultation
- Lina Leblanc

Traitement de textes
- Diane Bourdeau

Coordination de l'édition
- Denise Trudel

Photos
- Ministère des Communications du Québec

Dépôt légal — 1er trimestre 1986
Bibliothèque nationale du Québec

ISBN 2-551-09142-X

© Gouvernement du Québec, 1986

Les
PUBLICATIONS
DU QUÉBEC

Entrez dans la ronde...

l'intégration des enfants handicapés dans les services de garde

Collection
Ressources
et petite enfance

Madeleine Baillargeon

Québec

Danser, sauter, chanter, dessiner, bricoler, devenir à tour de rôle un personnage de la vie courante ou un être imaginaire, se transformer en animal ... voilà autant d'activités qui remplissent la vie quotidienne de tout enfant. Toutefois, pour certains, même les jeux habituels d'enfants de leur âge semblent inaccessibles.

Par exemple, l'enfant qui ne voit pas, qui n'entend pas ou qui entend mal, qui ne marche pas ou dont le développement intellectuel est plus lent que celui de la majorité des enfants, est souvent privé d'expériences indispensables à son épanouissement et que la majorité des enfants ont l'occasion de vivre.

Comme c'est le cas pour la participation à plusieurs autres activités, l'admission d'un enfant handicapé dans un service de garde et son adaptation à la vie de ce nouveau milieu peuvent se heurter à de nombreux obstacles que devront surmonter l'enfant, ses parents et le service de garde lui-même.

Tout en souhaitant un support dans les tâches quotidiennes et des occasions de stimulation pour leur enfant, les parents envisagent difficilement de confier leur enfant handicapé à d'autres adultes, et ils hésiteront souvent avant de le mettre en contact avec d'autres enfants de son âge. Une fois la décision prise de faire bénéficier leur enfant d'un service de garde, les parents doivent souvent entreprendre un long pèlerinage avant de lui trouver une place.

De côté du service de garde, l'admission d'un enfant handicapé exige une bonne évaluation des capacités et des limites de l'enfant afin de planifier son intégration et de faire au besoin les adaptations nécessaires au succès de l'expérience. L'intégration d'un tel enfant dans un service de garde peut nécessiter un support professionnel et financier. De plus, les éducatrices et les éducateurs, par manque d'information face à certains types de déficiences, peuvent craindre de ne pas être en mesure d'intervenir adéquatement auprès de l'enfant.

Ce dernier, quant à lui, devra apprendre à connaître un milieu physique étranger, établir une relation nouvelle avec d'autres adultes, et parfois partager pour la première fois les activités d'enfants de son âge qui n'ont pas les mêmes capacités et les mêmes limites que lui.

Afin de faciliter l'intégration des enfants handicapés dans les services de garde, l'Office des services de garde à l'enfance et l'Office des personnes handicapées du Québec ont confié à **Madeleine Baillargeon**, professeure en psychopédagogie à l'Université Laval, la tâche de rédiger un document pouvant aider les éducatrices et les éducateurs des milieux de garde à mieux connaître l'enfant handicapé et à adapter leurs interventions quotidiennes aux capacités et aux limites propres à chaque enfant.

Le défi était de taille : produire un texte à la fois exhaustif, compréhensible et utilisable dans des situations quotidiennes ! Madame Baillargeon y a mis toute sa compétence, sa compréhension de l'importance des attitudes éducatives, son respect des personnes handicapées et son amour des enfants. Nous la remercions, au nom des enfants, des éducatrices et éducateurs, au nom des parents, pour toutes les heures qu'elle y a consacrées.

Cet ouvrage a bénéficié du support professionnel de plusieurs intervenants et intervenantes. Nous voulons souligner l'excellent travail des personnes qui ont contribué directement à sa réalisation : Lina Leblanc a été chargée de recueillir les commentaires des services de garde et des organismes consultés et a collaboré à la révision du texte, Diane Boisvert a assumé le traitement de textes et Denise Trudel a coordonné la production du document.

Nous tenons à remercier les personnes ou organismes suivants pour leur participation : Lise Lebeuf et Rose-Marie Thonney de l'Office des services de garde à l'enfance ; Nicole Gagnon, Denise Gosselin et Christian Dufour de l'Office des personnes handicapées du Québec ; Gilles Rioux, membre de l'Office des services de garde à l'enfance ; les nombreux services de garde et les groupes de promotion des intérêts des personnes handicapées qui ont accepté de lire et de commenter le manuscrit. Toutes ces personnes et organismes ont contribué à rendre ce document plus proche de la réalité des enfants handicapés et des services de garde qui les accueillent.

Souhaitons que cet ouvrage aide à faire « entrer dans la ronde » des enfants qui autrement auraient peut-être dû se limiter à regarder les autres jouer.

Renée Spain
Directrice
Direction recherche et communications
Office des services de garde à l'enfance

	Page
Introduction	1
L'intégration	5
Qu'est-ce que l'intégration ?	6
• L'enfant handicapé	7
• Les avantages de l'intégration	10
• Les principes à la base de l'intégration	12
Comment se fait l'intégration ?	17
• La planification	18
• Le rôle prépondérant du personnel	20
• La participation des parents	22
• La collaboration des ressources spécialisées	24
• Les modifications nécessaires	27
L'intervention	31
Principes éducatifs généraux	33
• L'organisation de l'espace et le matériel	34
• L'organisation du temps et le programme d'activités	36
• La formation des groupes et sous-groupes	38
• Les interactions adultes-enfants	40
Les déficiences intellectuelles	
• Définition	45
• Effets sur le développement	47
• Comment intervenir ?	50
Les déficiences du langage ou de la parole	
• Définition	55
• Effets sur le développement	58
• Comment intervenir ?	60
Les déficiences auditives	
• Définition	67
• Effets sur le développement	69
• Comment intervenir ?	71
Les déficiences visuelles	
• Définition	74
• Effets sur le développement	75
• Comment intervenir ?	78

Les déficiences des organes 83
- Définition 86
- Effets sur le développement 88
- Comment intervenir ? 93

Les déficiences du squelette et de l'appareil de soutien 97
- Définition 101
- Effets sur le développement
- Comment intervenir ?

Les difficultés graves d'ordre socio-affectif ou comportemental 109
- Définition 110
- Manifestations et effets sur le développement 117
- Comment intervenir ?

Les enfants négligés ou maltraités 124
- Définition 126
- Effets sur le développement 128
- Comment intervenir ? 129

Conclusion 131

Références 133

Bibliographie 135

Lectures suggérées 139

Annexe

Depuis quelques années, le Québec s'est doté de mesures visant à permettre aux personnes handicapées de participer pleinement aux différentes sphères d'activité de la société québécoise. L'intégration sociale et scolaire des personnes handicapées est ainsi devenue un important sujet d'actualité dans le monde des affaires sociales et de l'éducation à partir des années 70 et le demeure encore aujourd'hui.

L'adoption en 1978 de la *Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées*, créant l'Office des personnes handicapées du Québec et visant à assurer l'exercice des droits de ces dernières, a marqué un point tournant en ce sens. Plusieurs organismes ont par la suite emboîté le pas en adoptant à leur tour des mesures dans le but commun de permettre aux personnes handicapées de participer de plein droit à la vie de notre société. C'est dans cet esprit que l'Office des services de garde à l'enfance adoptait en novembre 1983 une politique visant à favoriser l'intégration des enfants handicapés dans les services de garde. Cette politique vise également la formation et l'information du personnel des services de garde.

ENTREZ DANS LA RONDE... s'inscrit dans les objectifs de cette politique. En effet, le présent ouvrage se veut un outil de formation et d'information du personnel des services de garde. Il ne s'agit donc pas d'un document administratif, mais plutôt d'un instrument d'aide et de support aux personnes concernées (ou appelées à l'être) par l'intégration d'enfants handicapés dans les services de garde. Il contient des renseignements et des suggestions simples. Facile d'accès, ce document s'adresse à des gens qui, sans être des spécialistes de l'intervention auprès des enfants qui ont des déficiences, connaissent les jeunes enfants. Même s'il est d'abord conçu pour le personnel des services de garde, il pourrait être utile à toute autre personne intéressée par la question : parents, enseignants et enseignantes, étudiants et étudiantes en techniques de garderie, en éducation, etc.

Selon un principe fondamental énoncé dans ce texte, les enfants handicapés sont beaucoup plus semblables aux autres enfants qu'ils n'en sont différents. Par conséquent, plusieurs idées présentées s'appliquent tout autant aux enfants non handicapés, notamment lorsqu'ils éprouvent des difficultés qui sans pouvoir être qualifiées de déficiences n'en sont pas moins des obstacles mineurs ou temporaires à leur développement. Ce document peut donc être utile tant pour l'intervention auprès d'enfants handicapés que pour l'intervention auprès d'enfants éprouvant des difficultés plus ou moins passagères.

Ce livre est divisé en deux grandes parties auxquelles s'ajoute en annexe une liste d'organismes et de documents susceptibles de servir de ressources. La première partie intitulée **L'INTÉGRATION** comprend deux chapitres qui tentent de répondre aux questions suivantes : Qu'est-ce que l'intégration ? et Comment se fait l'intégration ? La deuxième partie traite de **L'INTERVENTION**. Un premier chapitre l'aborde sous l'angle des principes éducatifs généraux particulièrement pertinents à l'intégration des enfants handicapés. Les chapitres suivants exami-

nent l'intervention par rapport aux différents types de déficiences. Enfin, un dernier chapitre est brièvement consacré à des enfants qui ne sont pas handicapés au sens strict, mais qui risquent de le devenir si aucune aide ne leur est apportée : les enfants négligés ou maltraités.

Aussi noble et généreuse soit-elle, l'intégration d'enfants handicapés n'en demeure pas moins une tâche exigeante dans laquelle plusieurs services de garde se sont déjà engagés. Nous rendons hommage à leur ouverture d'esprit et au courage dont ils ont dû faire preuve pour accomplir ce travail dans des conditions souvent peu favorables. Nous souhaitons, par ce document, encourager de nombreux autres services de garde à suivre leur exemple.

L'intégration

Cette première partie tente de répondre aux questions générales sur l'intégration. Le premier chapitre présente les définitions de l'intégration et de l'enfant handicapé ainsi que les avantages reliés à l'intégration pour les personnes principalement concernées : les enfants, les parents et le personnel. Le deuxième chapitre aborde la façon de faire l'intégration par le biais des conditions favorables à sa réussite.

Qu'est-ce que l'intégration ?

Introduction

Longtemps tenues à l'écart de la vie de l'ensemble des citoyens parce qu'on pensait qu'elles n'avaient pas les habiletés nécessaires pour y participer, les personnes handicapées étaient placées dans des institutions où des soins spécialisés leur étaient prodigués. À partir des années 70, cette structure des services spéciaux fait l'objet de nombreuses critiques. On lui reproche notamment d'empêcher les enfants handicapés d'être en contact avec d'autres enfants de leur âge et de les priver ainsi des stimulations nécessaires à leur développement comme à celui de tout enfant. On dénonce aussi les effets psychologiques et sociaux négatifs des étiquettes que constituent les nombreuses définitions administratives des handicaps.

Dès lors, le nouveau courant de l'intégration sociale des personnes handicapées a commencé à se développer. La personne handicapée est une personne comme les autres ayant les mêmes droits et les mêmes besoins que tout individu. La déficience est ainsi vue comme une caractéristique personnelle créant éventuellement certains besoins particuliers mais ne modifiant pas les droits et les besoins fondamentaux de la personne. Ce principe s'est traduit en l'adoption de lois et de politiques assurant aux personnes handicapées l'accessibilité des lieux et des services offerts à l'ensemble des citoyens et citoyennes.

Dans cet esprit et suivant la **Politique d'intégration des enfants handicapés dans les services de garde**, établie par l'Office des services de garde à l'enfance, intégrer un jeune enfant handicapé, c'est le recevoir dans le même service que les autres enfants afin que lui-même et sa famille bénéficient de la même expérience affective, sociale et cognitive.

Qu'est-ce que l'intégration ?

L'enfant handicapé

Pour mieux comprendre comment un enfant devient handicapé, il faut considérer quatre éléments importants dans le processus d'apparition du handicap : les causes, les déficiences, les incapacités et les handicaps. A chacun de ces éléments correspond un niveau d'intervention particulier.

Les causes des déficiences sont «d'origine soit pathologique, congénitale ou acquise, soit traumatique à la suite d'un accident, à cause d'un milieu à risques ou des habitudes de vie». [1] Quand on veut agir sur les causes, on parle de prévention.

On entend par déficience : «une perte, une malformation ou une anomalie d'un organe, d'une structure ou d'une fonction mentale, physiologique ou anatomique ; elle est le résultat d'un état pathologique objectif mesurable et pouvant faire l'objet d'un diagnostic». [1] Il est important de bien comprendre au départ que déficience fait référence à un diagnostic et à une caractéristique précise d'une personne en particulier. Une même personne peut présenter plusieurs déficiences, à des degrés de gravité divers. On intervient à ce moment par le diagnostic et le traitement qui relèvent généralement du milieu médical. La présence d'une déficience significative et persistante affecte les capacités de la personne à accomplir des tâches et des activités et à fonctionner dans l'environnement quotidien. Mais une déficience n'entraîne pas nécessairement un handicap.

Une incapacité ou limitation fonctionnelle correspond à une restriction ou une diminution des capacités dans l'accomplissement d'une activité considérée normale pour un enfant de cet âge, par exemple : la difficulté à se déplacer, à saisir des objets, à s'orienter, à conceptualiser, à saisir le sens des mots, à communiquer, etc. C'est à ce niveau que l'on parle d'adaptation et de réadaptation. C'est-à-dire qu'il s'agit de fournir à l'enfant, le plus tôt possible, les moyens qui lui permettront de développer ses capacités au maximum.

Le handicap est un désavantage social résultant d'une déficience ou d'une incapacité et qui empêche un enfant de jouer, dans son milieu, les rôles habituellement tenus par les autres enfants. La notion de handicap fait donc référence aux valeurs du milieu, aux obstacles sociaux de même qu'à la volonté de la personne elle-même d'agir sur l'amélioration de ses conditions de vie. Pour intervenir, il s'agit de travailler à diminuer et à éliminer les barrières physiques et sociales à l'intégration du jeune enfant dans ses différents milieux de vie, dont le service de garde.

Les tableaux 1 et 2 permettent de visualiser l'ensemble du processus par lequel une personne devient handicapée et de bien situer les différents niveaux d'intervention.

Tableau 1 : Processus d'apparition du handicap[1]

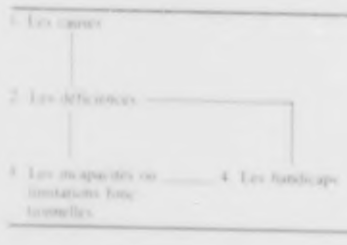


Tableau 2 : Agir - (Niveau d'intervention)[1]

Sur quoi agir	Comment agir
1. Les causes	La prévention
2. Les déficiences	Le diagnostic et le traitement
3. Les incapacités ou limitations fonctionnelles	L'adaptation et la réadaptation
4. Les handicaps	La suppression des obstacles sociaux à l'intégration

S'inspirant de la *Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées* et des définitions de l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ), l'Office des services de garde à l'enfance définit ainsi les enfants handicapés visés par sa politique d'intégration : «**Les enfants vivant avec une déficience et des incapacités significatives et persistantes et rencontrant des obstacles dans leur démarche d'intégration dans un service de garde en garderie ou en milieu familial.**»

Par le terme **significatif**, on indique que «l'enfant ne peut pas accomplir une activité de la manière ou à l'intérieur des limites considérées normales pour un enfant de son âge».[2]

Quant au qualificatif **persistante**, il signifie que la déficience demeure à long terme, mais pas nécessairement sans aucune amélioration.

Dans sa politique d'intégration des enfants handicapés, l'Office des services de garde à l'enfance en définissant la clientèle visée par cette politique indique que «la prise en considération des autonomies et des incapacités des personnes permet davantage d'identifier leur potentiel d'intégration et soulève le problème des barrières sociales à l'intégration. Cette définition signifie aussi que l'Office con-

sidère que tous les enfants ayant une déficience ne rencontrent pas nécessairement des obstacles pour leur intégration dans un service de garde» [7] C'est-à-dire que les enfants ayant des déficiences mineures ou passagères sont exclus de cette définition, par exemple, dans le cas d'un enfant qui une vision un peu faible oblige à porter des lunettes ou celui qui est immobilisé temporairement par une jambe cassée. Elle ne comprend pas non plus les enfants dont la déficience n'a pas pour conséquence une incapacité qui ferait obstacle à son intégration dans un service de garde. Ce pourrait être le cas d'un enfant qui porte une prothèse lui permettant de participer à toutes les activités courantes de la garderie.

Qu'est-ce que l'intégration ?

Les avantages de l'intégration

C'est surtout à l'enfant handicapé que la participation aux activités ordinaires d'un service de garde est le plus susceptible de profiter. Il y rencontre des enfants de son âge qui sont pour lui autant de modèles dont il est tenté d'imiter les comportements. Pour participer à la vie du groupe, il doit relever des défis d'autonomie, d'affirmation de soi et de partage qui sont, dans sa famille ou en milieu spécialisé, plus artificiels, moins nombreux et parfois même presque inexistants. Jouer, manger, parler avec les autres enfants dans le même contexte et avec les mêmes règles de vie lui permet de faire face aux exigences de la «vraie» vie et de profiter des mêmes avantages que les autres. Les habiletés ainsi acquises aident à leur tour à développer une image de soi positive. L'enfant bénéficie également des interventions d'adultes qui ont l'expérience des jeunes enfants et qui savent adapter leurs encouragements et leurs attentes aux capacités de chacun. Cette expérience est particulièrement susceptible d'être bénéfique à cette période propice pour le développement que sont les jeunes années.

On sait déjà, à partir de recherches faites en milieu scolaire, que non seulement les enfants handicapés progressent aussi bien dans une classe régulière que dans une classe spéciale, mais que très souvent ils le font davantage en classe régulière, tout en faisant de nombreux apprentissages sociaux qu'ils ne font pas en classe spéciale.

On sait aussi que l'intégration est plus facile à réaliser chez de jeunes enfants que chez des enfants plus âgés, parce qu'ils s'adaptent plus facilement à de nouvelles conditions et que leurs compagnons acceptent plus facilement leurs différences que ne le font des enfants plus vieux. Cela permet de croire que l'expérience de l'intégration vécue à l'âge des services de garde profite au moins autant aux jeunes enfants handicapés que l'intégration scolaire à leurs pairs plus âgés.

L'intégration est aussi bénéfique à l'ensemble des enfants fréquentant les services de garde. Ils apprennent dès leur jeune âge à accepter les différences individuelles et à être à l'aise avec des personnes handicapées. À travers leurs jeux et leurs contacts avec des enfants handicapés de leur âge, ils constatent que ces derniers ont des forces et des faiblesses tout comme eux et développent ainsi des attitudes saines et positives envers différents individus. La période préscolaire est particulièrement propice à ces apprentissages. Les recherches indiquent, par exemple, que les enfants de la maternelle sont plus ouverts à leurs pairs handicapés que des enfants plus âgés.

Les parents des enfants handicapés retirent de nombreux avantages de l'intégration. D'être en contact avec d'autres parents, de partager la responsabilité de l'enfant avec le personnel les fait se sentir moins seuls. En voyant leur enfant en activité avec les autres, ils ont l'occasion de le percevoir de façon plus réaliste. Ils constatent entre autres que beaucoup de comportements qu'ils croyaient particuliers à leur enfant sont typiques de tous les jeunes enfants. Le service de garde leur permet aussi d'avoir du temps pour eux-mêmes, denrée d'autant plus précieuse qu'elle est souvent très rare pour eux. Tous ces facteurs contribuent à rendre parents et enfants «bien dans leur peau».

L'intégration profite également au personnel des services de garde. Tout comme les enfants, il aura l'occasion de développer des attitudes positives envers les personnes handicapées. Il est appelé à jouer un rôle déterminant pour l'avenir d'un enfant handicapé et les efforts professionnels déployés seront aussi utiles avec les autres enfants. Bref, l'intervention auprès d'enfants handicapés constitue une occasion unique d'élargir les horizons professionnels et personnels des éducatrices et éducateurs en service de garde comme de tout autre intervenant.

Qu'est-ce que l'intégration ?

Les principes à la base de l'intégration

Avant de s'arrêter sur les façons possibles de réaliser l'intégration, il importe de se rappeler qu'il est essentiel de respecter certains principes fondamentaux pour réussir de façon concrète et positive une véritable démarche d'intégration de l'enfant handicapé dans un service de garde.

La *Loi sur les services de garde à l'enfance* reconnaît à tout enfant le droit de recevoir des services de garde de qualité, avec continuité et de façon personnalisée.[1] La reconnaissance de ce droit d'accès à un service de garde de qualité pour l'enfant handicapé comme pour tout enfant est le fondement même de l'intégration.

Une fois ce principe d'égalité d'accès reconnu, il est important d'admettre que l'enfant handicapé peut présenter des besoins particuliers liés à sa déficience et à ses incapacités. L'évaluation de l'enfant doit permettre de dresser un bilan objectif tant de son potentiel que de ses limites de fonctionnement dans un service de garde.

Par la pleine participation à la vie de son milieu de garde, on reconnaît à l'enfant handicapé le droit de développer au maximum son potentiel et d'atteindre la plus grande autonomie possible, de même que la capacité d'établir des relations sociales avec les adultes et les jeunes enfants qu'il fréquente.

Finalement, la participation des parents constitue un autre élément essentiel à l'intégration de l'enfant handicapé dans un service de garde. Les parents doivent prendre part à toutes les décisions concernant leur enfant. En tant que premiers responsables de l'éducation de leur enfant, ils doivent être considérés comme les principaux intervenants auprès du service de garde, autant pour la préparation que pour le suivi de l'intégration de leur enfant. La continuité des interventions auprès de l'enfant est largement dépendante de la communication entre parents et milieu de garde.

Il n'y a pas de formule universelle d'intégration de tous les enfants handicapés dans tous les services de garde.

Certains enfants trouveront leur avantage dans la fréquentation régulière, à plein temps, d'une garderie, d'autres dans une formule de temps partagé entre la garderie et un service spécialisé, ou encore dans un partage de temps entre la garderie à temps partiel et la maison. Certains enfants bénéficieront davantage du groupe restreint que fournit la garde en milieu familial. Certains autres, enfin, auront avantage à recevoir uniquement une aide spécialisée et ne pourront profiter d'une expérience d'intégration dans les services de garde.

Comme tout enfant, chaque enfant handicapé a des caractéristiques personnelles et des besoins particuliers. Une démarche d'intégration doit s'inscrire dans une approche globale de l'enfant handicapé, c'est-à-dire qu'il importe de situer l'enfant dans son ensemble par une analyse des besoins individuels. Cette étape, très importante, permet de tenir compte de l'ensemble des facteurs associés à la réalisation de l'intégration. Les besoins particuliers de l'enfant en fonction de ses incapacités ou de ses limitations fonctionnelles, le contexte spécifique de sa famille, les ressources du milieu, les spécialistes qui le suivent ainsi que les forces et les faiblesses du service de garde appelé à le recevoir sont tous des aspects importants à prendre en considération. Ainsi, un plan d'intégration au service de garde devient un outil essentiel dans toute démarche d'intégration d'un enfant handicapé.

Dans cette perspective, malgré toutes les particularités de chacune des situations, il est possible de dégager, à partir des résultats de recherches sur la question et d'expériences d'intégration réussies, un cadre d'orientation des décisions à prendre et des gestes à poser. Ce document a pour but de fournir ce cadre général en indiquant les points sur lesquels il faut se pencher et en illustrant le plus concrètement possible les façons dont peuvent se vivre différentes situations d'intégration.

Comment se fait l'intégration ?

Introduction

La recherche démontre que le simple fait de placer ensemble dans le même lieu physique des enfants handicapés avec d'autres enfants produit peu d'effets. Au contraire, pour être efficace, l'intégration doit être une intervention soigneusement planifiée. Les témoignages des personnes impliquées dans des projets d'intégration et des comptes rendus d'expériences confirment la nécessité d'organiser et d'individualiser l'intervention. Différents facteurs de succès sont alors évoqués : la planification, le rôle prépondérant du personnel, la participation des parents, la collaboration de spécialistes et de bénévoles et parfois des modifications du nombre d'enfants par adulte, du matériel ou de l'équipement. Ces éléments associés au succès de l'intégration font l'objet de ce chapitre.

Comment se fait l'intégration ?

La planification

Un projet d'intégration peut être amorcé de différentes façons. Généralement, les parents, appuyés par un service qui s'occupe déjà de l'enfant ou de leur propre initiative, font tout simplement une demande d'admission. Il arrive aussi qu'un service de garde sensibilisé à la question veuille s'engager dans l'intégration sans avoir été sollicité. Quoi qu'il en soit, la planification commence avant même qu'un service de garde ne s'engage dans un projet. Un service de garde intéressé peut faire connaître ses intentions en même temps que se renseigner auprès d'organismes locaux voués à la promotion des droits des personnes handicapées. Lors d'une demande d'admission, il faut déjà considérer qu'il y aura plus de travail de prémunscription que pour les autres enfants et examiner dès le départ tous les autres facteurs de succès énumérés plus loin.

Avant d'admettre l'enfant, il est important de connaître sa déficience et l'incapacité qui en résulte possiblement pour ensuite voir s'il y a interférence avec le fonctionnement habituel du service de garde. Dès cette étape, la collaboration des parents, et peut être aussi celle des professionnels qui suivent déjà l'enfant, sont nécessaires. Si des adaptations au programme d'activités sont rendues nécessaires par l'incapacité de l'enfant, il faut établir si cela doit aussi entraîner des changements à l'affectation et au nombre du personnel. Il faut également voir si cette incapacité doit entraîner des adaptations ou des modifications dans le matériel ou l'équipement du service et quels coûts cela comporte. C'est l'étape d'analyse de besoins que constitue le plan d'intégration. Lorsque le plan d'intégration nécessite des coûts, le service de garde peut demander une aide financière à l'Office des services de garde à l'enfance.

Si des doutes persistent sur les capacités de fonctionnement de l'enfant dans le service ou sur les capacités du service à répondre à ses besoins, l'enfant peut être reçu pour une période d'essai. C'est une bonne façon de l'observer et de le connaître afin d'établir la meilleure manière d'intervenir auprès de lui.

En cours de route, il ne faut pas hésiter à observer et noter fréquemment ses observations de l'enfant. Cela permettra d'établir des objectifs réalistes, de choisir des activités adéquates et de les réajuster au fur et à mesure des besoins. La deuxième partie de ce livre est entièrement consacrée à l'intervention, principalement à cette période.

Lorsque l'enfant quitte le service de garde, l'expérience et la connaissance de l'enfant acquise par l'éducatrice ou l'éducateur peuvent servir à la maternelle, à l'école primaire ou au prochain service de garde qui accueillera l'enfant. Cela

assurera une transition plus harmonieuse et permettra à l'enfant de continuer à recevoir un service répondant à ses besoins.

Ces différentes étapes de planification seront reprises plus en détail en examinant les autres facteurs de réussite de l'intégration.

Comment se fait l'intégration ?

Le rôle prépondérant du personnel

Ce document est conçu à partir du postulat selon lequel l'enfant handicapé est d'abord un enfant qui a les mêmes besoins d'amour, d'acceptation, d'exploration du monde qui l'entoure pour se développer aussi harmonieusement que tout autre enfant. Tous sont d'accord pour reconnaître le rôle prépondérant du personnel dans l'intégration. Une attitude positive envers l'enfant handicapé et son intégration dans le service de garde est un facteur essentiel de succès. La connaissance et l'expérience du personnel au sujet du développement du jeune enfant lui permettent de soupçonner les effets d'une déficience intellectuelle ou motrice sur ce développement. L'information contenue dans cet ouvrage a pour but d'ajouter aux connaissances déjà acquises, des éléments spécifiques qui permettront de comprendre les effets des différentes déficiences et d'intervenir en conséquence auprès de l'enfant. Il ne s'agit pas de faire du personnel des services de garde des spécialistes de la déficience intellectuelle ou de tout autre déficience, mais plutôt de l'aider à répondre aux besoins de tous les enfants du groupe.

Dans un projet d'intégration, le rôle du personnel consiste globalement à :

- élaborer et appliquer un programme d'activités tenant compte des besoins de chaque enfant du groupe ;
- travailler en collaboration avec les parents de façon à ce que les efforts de chacun se complètent et se coordonnent ;
- chercher de l'information ou de l'aide de la part d'organismes ou de spécialistes et travailler en collaboration avec eux, s'il y a lieu.

Ces différents aspects du rôle du personnel seront traités plus spécifiquement dans les chapitres qui suivent.

Pour quelqu'un qui n'a jamais connu de personnes handicapées auparavant, il est tout à fait normal d'avoir des craintes face à cette nouvelle expérience. Il ne faut pas hésiter à poser des questions aux personnes qui connaissent déjà l'enfant, notamment les parents. Cela peut contribuer à diminuer les hésitations et les peurs qui pourraient s'avérer sans fondement. Communiquer avec un service de garde qui a déjà vécu une expérience d'intégration semblable peut également être d'un grand support.

Des lectures, des cours, des stages intensifs, des journées de rencontres, des conférences, des congrès, des documents audio-visuels sur les différentes déficien-

ces et sur l'intégration sont autant de sources de perfectionnement qui aideront le personnel des services de garde à mieux jouer son rôle.

Lorsqu'une éducatrice ou un éducateur accepte un enfant handicapé dans son groupe, les autres membres du personnel doivent considérer qu'ils ont aussi à contribuer à cette intégration. Ils devront au moins participer à l'expérience en appuyant leur collègue. Par exemple, des éducatrices et éducateurs d'une garderie acceptent de hausser leur «ratio» de un ou deux enfants jusqu'au maximum permis par le règlement sur les services de garde en garderie afin de permettre de baisser le nombre d'enfants dans le groupe où est intégré un jeune enfant ayant une paralysie cérébrale et requérant davantage de soins physiques. Les enfants de leur groupe et eux-mêmes seront en contact au moins occasionnel avec l'enfant. Responsable, cuisinière ou cuisinier, éducatrice et éducateur, enfants et parents, tous ont un rôle à jouer. Il faut s'y préparer tant dans les attitudes que dans les gestes.

Comment se fait l'intégration ?

La participation des parents

La participation des parents est un autre facteur très important pour la réussite d'un projet d'intégration. Si l'engagement des parents de tous les enfants d'un service de garde est déjà fortement souhaité et encouragé par divers intervenants, la collaboration parents-personnel est encore plus essentielle dans le cas d'un enfant handicapé.

Les parents de l'enfant handicapé, connaissant déjà les forces et les faiblesses de leur enfant, peuvent aider les éducatrices et les éducateurs à le comprendre et à agir plus adéquatement auprès de lui. Ils ont habituellement déjà développé tout un réseau de ressources et de contacts qui pourraient être également utiles au service de garde. Certains parents ont même développé une véritable expertise dans l'intervention auprès des enfants ayant le même type de déficience que le leur.

Les parents sont les premiers responsables de leur enfant et, à ce titre, ils doivent être directement engagés dans toutes les décisions qui le concernent. La responsabilité d'un enfant handicapé est parfois très lourde. Tout changement dans la vie de cet enfant a des répercussions dans celle de ses parents. Ils doivent donc participer pleinement aux décisions à prendre à son sujet.

Le responsable et l'éducatrice ou l'éducateur doivent informer les parents des orientations et du programme d'activités de la garderie et établir, de concert avec les parents, des objectifs à atteindre tout au long de l'expérience. La poursuite des mêmes objectifs, avec les mêmes règles du jeu et les mêmes orientations dans des contextes différents, multiplie les occasions de développement et d'apprentissage et par conséquent les chances de succès.

Informer les parents des succès et des progrès de l'enfant autant que des difficultés qu'il rencontre permet d'avoir une vision plus complète de l'ensemble de la situation. Tant les parents que les éducatrices ou éducateurs et l'enfant bénéficieront de cette attitude positive et encourageante.

Les témoignages émouvants de parents d'enfants handicapés indiquent que leurs relations avec les multiples intervenants spécialisés sont parfois très pénibles. Ces expériences autant que leurs réactions personnelles face aux incapacités de leur enfant sont susceptibles d'influencer leurs premiers contacts avec le personnel des services de garde. Certains minimisent le problème et ont tendance à être trop exigeants envers l'enfant. D'autres le grossissent ou cherchent à le compen-

ser en surprotégeant l'enfant. Une attitude d'écoute et d'honnêteté de la part du personnel des services de garde favorise l'établissement de très bonnes relations avec la plupart des parents.

Tout comme les enfants et les éducatrices ou éducateurs, les parents d'enfants handicapés ne sont pas tous semblables. Ils n'ont pas tous les mêmes capacités. Il faut apprendre à les connaître pour comprendre leurs forces et leurs limites. Certains ont plus besoin d'aide qu'ils ne sont capables d'en apporter. La disponibilité et la compréhension du personnel à leur égard, certes les aideront, mais son rôle est avant tout d'assurer un bon accueil à l'enfant. La formation et l'expérience de l'éducatrice ou l'éducateur sont centrées sur l'enfant et il leur faudra éviter de se substituer à d'autres professionnels, tels le psychologue ou le travailleur social. Le plus indiqué, lorsque les parents ont besoin d'une telle aide, est de les sensibiliser aux possibilités de cette forme d'aide. Ils pourront entreprendre les démarches nécessaires s'ils le désirent.

Les parents des enfants non handicapés sont habituellement peu préoccupés par la présence d'un enfant ou d'enfants handicapés dans le service de garde. Mais il arrive qu'ils aient certaines craintes, par exemple que leur enfant imite des comportements inappropriés ou encore que l'éducatrice ou l'éducateur ne dispose plus d'assez de temps pour leur enfant. Ils seront rassurés si on leur explique les arrangements pris pour répondre aux besoins de tous les enfants. Les recherches n'indiquent aucun effet négatif de l'intégration d'enfants handicapés sur leurs compagnons non handicapés. Quant à l'imitation de l'enfant handicapé, les personnes qui ont vécu l'expérience rapportent que cela ne persiste pas. Ce sont surtout les enfants handicapés physiques qui sont imités et il s'agirait plutôt de gestes de curiosité et de familiarisation envers l'enfant et ses appareils que d'imitation de comportements inadéquats. L'imitation est un mode naturel d'apprentissage chez les enfants et les comportements désapprouvés sont découragés et diminuent habituellement rapidement. On peut expliquer calmement et simplement aux parents les avantages de l'intégration pour leur propre enfant. Si les parents désirent parler avec leur enfant des déficiences présentes chez des compagnons handicapés, le personnel peut leur communiquer l'information qu'il possède et leur suggérer d'en parler objectivement et calmement.

Les parents peuvent aussi exprimer certaines craintes face à d'éventuels comportements agressifs des enfants handicapés envers leur propre enfant. Tout en étant attentif à ces appréhensions, il faut informer les parents que la plupart du temps les comportements agressifs ne sont pas plus fréquents chez les enfants handicapés que chez les autres, sauf s'il s'agit d'enfants manifestant certains troubles socio-affectifs. Dans un tel cas, faire connaître les arrangements particuliers qui ont été pris pour assurer la sécurité et l'attention requises par chaque enfant pourra rassurer les parents. D'autre part, en cours de route, les parents communiqueront peut-être au personnel du service de garde les difficultés que leur enfant éprouve face à un enfant agressif. Ce genre d'information permettra de mieux percevoir les problèmes de chacun de façon à mieux y remédier ou obtenir de l'aide pour corriger la situation.

Comment se fait l'intégration ?

La collaboration des ressources spécialisées

Les éducatrices et éducateurs sont les intervenants principaux dans l'intégration d'un enfant handicapé dans un service de garde. Cependant, en plus des collaborateurs et collaboratrices déjà mentionnés, des spécialistes ou des organismes spécialisés peuvent aussi y participer. Souvent, ce sont les parents qui mettront le service de garde en contact avec ces ressources. Parfois, c'est la travailleuse sociale qui suit la famille, le pédiatre de l'enfant ou encore le centre de stimulation précoce qui recommande l'expérience et communique directement avec la garderie ou l'agence de services de garde en milieu familial. Ces personnes peuvent grandement aider le personnel à connaître les capacités de l'enfant, à fixer des objectifs réalistes pour lui, à utiliser de petits trucs utiles dans le quotidien et à établir de bons contacts avec la famille.

Il est fréquent qu'un enfant bénéficie ou ait déjà bénéficié d'un programme d'aide spécialisée ou même qu'il soit appelé à profiter d'un tel programme. Une relation étroite avec les personnes qui en ont ou en auront encore la charge est alors nécessaire pour faciliter la transition et bien coordonner les interventions de chacun.

Il peut arriver également que l'enfant doive être référé à un ou des spécialistes quand un problème particulier est soupçonné. Ce rôle de dépistage est très important. Des déficiences mineures peuvent ainsi être détectées et les gestes pour y remédier posés par la suite. Évidemment, ce sont les parents qui feront la démarche, s'ils le jugent à propos.

Le C.L.S.C. de votre territoire, le responsable de l'adaptation scolaire de la commission scolaire, le département de santé communautaire du centre hospitalier sont de bonnes ressources pour donner de l'aide au service de garde ou aux parents ou pour les aider à en trouver. Le personnel des bureaux régionaux de l'Office des personnes handicapées peut orienter les parents ou le service de garde vers les ressources susceptibles d'être utiles. De par leurs connaissances et leur formation, les responsables des organismes de promotion des droits et intérêts des personnes handicapées peuvent être un support important dans une démarche d'intégration. Il ne faut pas hésiter à recourir aux services de bénévoles à l'occasion. Les membres de mouvements de jeunes (guides, scouts, etc.), d'associations, des stagiaires, etc., peuvent fournir un renfort bien utile lors de visites, excursions ou autres événements spéciaux, entre autres.

Il y a plus d'avantages à retirer de l'aide recherchée si elle est bien demandée et bien utilisée. Voici quelques conseils pour y parvenir :

- *être précis* en exprimant ses besoins. Les gens doivent comprendre les besoins pour pouvoir y répondre. Quelques échanges entre collègues ou avec d'autres spécialistes peuvent aider à identifier et à clarifier les besoins du service de garde par rapport à l'intégration d'un enfant handicapé ;

- *clarifier les objectifs* avec l'équipe formée de spécialistes, de parents et du personnel afin de bien établir ce que chacun a comme but dans son travail auprès de l'enfant handicapé. Autrement dit, savoir ce que l'on vise de façon à planifier ses activités en conséquence et à vérifier si les objectifs sont atteints ;

- *s'entendre sur les responsabilités de chacun*. Les parents, les spécialistes et le personnel doivent s'entendre sur leurs attentes réciproques. Ce que chacun perçoit et souhaite du travail de l'autre doit être exprimé afin d'en arriver à un commun accord. C'est un aspect important du travail d'équipe ;

- *s'assurer de bien comprendre*. Des avis ou des explications qui n'indiquent pas ce que l'on peut faire pour l'enfant ne seront pas très utiles. Il ne faut pas hésiter à poser des questions, si l'on ne comprend pas. Les termes techniques de certains spécialistes sont parfois difficiles à comprendre, on peut les rappeler à la simplicité. Il n'est pas nécessaire de comprendre tous les détails, mais au moins il faut savoir comment orienter les interventions en fonction des activités du service de garde ;

- *rester en contact* avec les spécialistes. Les commentaires sont nécessaires et pour le personnel et pour les spécialistes. D'une part, le personnel a besoin de savoir ce que les spécialistes font et de connaître les progrès de l'enfant. D'autre part, les spécialistes ont besoin de savoir ce que fait l'enfant dans le service de garde et comment il va. Ils voient généralement l'enfant dans un contexte individuel avec ses parents sur une courte période alors que le personnel du service de garde le voit en situations de groupe variées, plus longues et sans les parents. Cette information est nécessaire pour les parents, pour les spécialistes et pour le personnel afin de coordonner les services, d'éviter la duplication et surtout de s'assurer qu'aucun besoin important n'est négligé. Un horaire planifié de réunions ou d'appels téléphoniques est une bonne façon d'éviter les oublis ;

- *travailler avec les parents de la même façon qu'avec les spécialistes*. Beaucoup de parents d'enfants handicapés ont développé une véritable expertise. Ils connaissent très bien les besoins, les difficultés, les forces et les réactions de leur enfant. En même temps, tout comme le personnel, ils ont à vivre avec un enfant handicapé sans être des spécialistes de la question. Leur expérience et les connaissances qu'ils ont acquises seront utiles à tous. Comme ceux des spécialistes, leurs attentes et leurs objectifs doivent aussi faire l'objet d'accords mutuels et de contacts fréquents ;

- *avoir des attentes élevées* envers les intervenants engagés dans le projet. Le personnel est susceptible de travailler avec un enfant dont les problèmes ne

lui sont pas familiers et pour lesquels les solutions ne sont pas toujours simples. En même temps, il faut maintenir la qualité des services à laquelle les autres enfants ont également droit. C'et objectif est réalisable avec la collaboration de toutes les personnes concernées.

Malgré la difficulté d'obtenir l'aide et la participation des autres, il faut quand même être exigeant envers toutes les personnes engagées dans le projet. Il ne faut pas se laisser impressionner par les titres ou les diplômes ; l'important, c'est l'aide que chacun et chacune peuvent apporter à l'enfant, à sa famille et au personnel du service de garde.

Comment se fait l'intégration ?

Les modifications nécessaires

Il n'est pas toujours nécessaire de diminuer le nombre d'enfants par adulte pour réussir une intégration. Cela dépend du degré d'autonomie de l'enfant. L'expérience du personnel avec de tels enfants, la situation du groupe et le nombre d'enfants handicapés fréquentant déjà le service sont aussi à considérer. Mais généralement, il est nécessaire d'avoir un «ratio» adulte-enfants plus bas que celui en vigueur afin de pouvoir consacrer le temps qu'il faut à chacun des enfants.

L'organisation du travail du personnel sera également modifiée par le temps additionnel consacré à la planification, aux rencontres avec les parents et les spécialistes et aux activités de perfectionnement. Des subventions peuvent être demandées à l'Office des services de garde à l'enfance pour couvrir les frais supplémentaires.

Contrairement à l'idée généralement répandue, la plupart des enfants handicapés n'ont pas besoin d'un environnement physique différent de celui rencontré habituellement dans un service de garde. Le matériel et l'aménagement ordinaires font habituellement l'affaire. Cependant, pour certains handicaps physiques, des adaptations parfois simples, parfois plus considérables peuvent s'avérer nécessaires. Nous nous y attarderons en examinant plus loin chaque type de déficiences. Une demande de subvention peut être faite à l'Office des services de garde à l'enfance pour obtenir l'équipement spécialisé nécessaire, s'il y a lieu.

La deuxième partie de ce document traite de l'intervention des adultes impliqués dans l'intégration d'enfants handicapés dans un service de garde. L'intervention y est d'abord vue à travers l'organisation du milieu de vie et des interactions des éducatrices et éducateurs avec les enfants. Elle est ensuite examinée d'une manière plus spécifique à chacun des types de déficiences susceptibles d'être rencontrées chez les jeunes enfants.

Les déficiences intellectuelles, du langage et de la parole, auditives, visuelles, des organes, du squelette et de l'appareil de soutien font chacune l'objet d'un chapitre distinct qui les décrit brièvement, traite de leurs effets sur le développement du jeune enfant et donne des conseils pratiques pour l'intervention. Un chapitre est consacré aux enfants ayant de graves difficultés d'ordre socio-affectif ou comportemental.

Enfin, un dernier chapitre porte sur des situations qui ne sont pas des déficiences, mais qui en sont des facteurs de risques élevés : la négligence et l'abus.

Une meilleure connaissance des caractéristiques de chaque type de déficiences est un élément important afin de mieux saisir les besoins de l'enfant. Cependant, ce facteur ne doit pas être considéré comme le seul indicatif ou un absolu. Il faut se rappeler que l'enfant n'est pas une déficience en soi, mais que la déficience est une caractéristique de celui-ci. Dans ce sens, les indications portant sur le degré et les incapacités doivent être mises en relation avec l'ensemble des caractéristiques d'un enfant : sa personnalité, son milieu familial, son potentiel, etc.

Chacun des chapitres de cette partie peut être consulté séparément, mais n'est pas complet sans le premier. Comme on rencontre parfois plus d'une déficience chez le même enfant, la consultation des chapitres qui traitent de chacune d'elles serait alors utile.

Principes éducatifs généraux

Introduction

Dans ce chapitre, il sera question de principes éducatifs qui s'appliquent d'une façon générale à un service de garde, mais qui sont particulièrement pertinents lorsqu'on y intègre un ou des enfants handicapés. Le personnel d'expérience y reconnaîtra sans doute des informations qu'il possède déjà.

Les éducatrices et éducateurs d'un service de garde ont acquis des expériences et des connaissances des jeunes enfants qui leur seront grandement utiles pour leur travail auprès d'enfants handicapés. Les enfants se ressemblent beaucoup plus qu'ils ne diffèrent, handicapés ou non. Les mêmes attitudes de base qui assurent la réussite auprès des enfants en général l'assureront aussi auprès de ces enfants. Les enfants lents apprennent et se développent fondamentalement de la même façon que les enfants plus rapides. Ils ont besoin de plus de pratique et de plus de répétition, donc de plus de temps pour apprendre, mais ils apprennent essentiellement de la même manière que les autres. Un enfant qui a une déficience physique a des incapacités dans les domaines liés de près à sa déficience, mais pas dans les autres. Il en est de même de l'enfant qui manifeste des problèmes socio-affectifs, par exemple. La connaissance du développement normal du jeune enfant et des conditions qui assurent ce développement sera donc très précieuse.[3]

Nous ferons maintenant un bref rappel de quelques principes éducatifs particulièrement utiles pour une expérience d'intégration. Ces principes ont trait à l'organisation de l'espace et au matériel, à l'organisation du temps et au programme d'activités, à la formation des groupes, au rôle qu'y jouent les enfants et aux interactions de l'éducatrice ou de l'éducateur avec les enfants.

Principes éducatifs généraux

L'organisation de l'espace et le matériel

La plupart des enfants qui ont une déficience n'ont pas besoin d'une organisation physique particulière du service de garde, ni de matériel spécial. En examinant plus loin chacun des types de déficiences, des suggestions spécifiques seront faites lorsque nécessaires ou souhaitables. Cependant, une bonne organisation matérielle facilitera la tâche aux éducatrices et éducateurs et aidera tous les enfants à comprendre le fonctionnement de la vie à la garderie.

Il vaut mieux commencer avec une organisation simple de l'espace et un matériel suffisant, mais peu abondant et plutôt facile d'utilisation. On évite ainsi qu'adultes et enfants soient débordés par trop de nouveauté à la fois et on facilite l'adaptation. Les activités plus difficiles ou demandant la manipulation de matériel compliqué ou salissant seront introduites graduellement au cours de l'année.

Les espaces réservés spécifiquement à certaines activités doivent être délimités clairement. Par exemple, les coins de la maison, des blocs, de lecture, etc., peuvent être séparés les uns des autres par des étagères, écrans ou autres meubles ou par des marques sur le plancher : ruban à masquer, couleurs différentes du linoléum, carpette dans le coin de construction, etc. L'enfant respectera plus facilement les règles, il saura que : «la peinture et les pinceaux doivent être utilisés seulement dans le coin de peinture».

Les espaces de circulation ne doivent pas être encombrés ni occupés par une aire spécifique d'activités. Cela a pour but d'éviter les accidents, les occasions de prises de becs, de querelles et d'interruption du travail ou du jeu dans lequel les enfants sont engagés. Par exemple, l'accès au lavabo ou à la fontaine doit être libre. Si au contraire, les enfants doivent passer par le coin de peinture pour aller boire, on peut s'attendre à de nombreuses collisions et bien des risques de dégâts avec la peinture, sans compter l'interruption de l'activité des enfants.

Les enfants qui ont des déficiences sont parfois plus sensibles au bruit. L'aménagement peut contribuer à diminuer le niveau de bruit souvent très élevé dans un service de garde, par exemple, en créant des aires spécifiques pour les différentes activités et en séparant les aires d'activités calmes de celles qui sont bruyantes. L'utilisation de matériaux souples dans les locaux baissera aussi le niveau de bruit : rideaux aux fenêtres, tissu ou papier peint aux murs et au plafond, plancher recouvert de linoléum légèrement coussiné ou d'une carpette dans le coin des gros blocs, mobilier de bois plutôt que de métal, feutre aux portes et sous les pattes des meubles, etc.

Un autre facteur de stress rencontré dans un service de garde et surtout en garderie est le manque d'intimité inhérent à la vie de groupe. Certains enfants y sont spécialement sensibles. L'aménagement de l'espace de jeu en aires spécifiques d'activités diminue ce stress en favorisant la formation de groupes plus petits. Les espaces personnels de rangement y contribuent également. L'enfant y mettra à l'abri des objets personnels, des travaux, y trouvera le précieux toutou qui l'accompagne partout, etc. De plus, si l'organisation des aires spécifiques n'en a pas déjà créé, il serait souhaitable d'aménager un petit espace intime pour permettre des moments solitaires. Le dessous d'une étagère, d'une table fermée par un rideau, une boîte d'emballage de meuble percée d'une porte, meublés de coussins ou de carpettes peuvent servir économiquement à cette fin.

Le matériel doit être bien adapté aux capacités des enfants. Trop facile, il ne les intéressera pas longtemps. Trop difficile, il sera l'occasion de frustration et d'agressivité. La sécurité du matériel dépend aussi de son adaptation aux capacités de l'enfant. Un crayon est un objet dangereux dans les mains d'un bébé, mais totalement inoffensif chez un enfant qui sait s'en servir.

Le rangement du matériel doit rendre son utilisation attrayante en même temps que l'ordre facile à refaire pour les enfants. On favorise ainsi l'apprentissage de l'autonomie et on évite que l'adulte ait constamment à intervenir pour installer les enfants et leur rappeler la manière de ranger. Il ne faut pas oublier cependant que les enfants sont petits et que les objets doivent, par conséquent, être rangés à leur hauteur.

Principes éducatifs généraux

L'organisation du temps et le programme d'activités

Si la souplesse est une caractéristique d'un bon service de garde, cela ne signifie pas pour autant que tout doit être improvisé sous l'inspiration du moment. Au contraire, une bonne organisation des activités est nécessaire, surtout quand il y a dans le groupe des enfants qui ont des incapacités ou des difficultés.

Tout comme l'organisation matérielle, le programme d'activités[6] a avantage à commencer simplement. Il contiendra d'abord des activités de routine et quelques activités choisies, simples et faciles de réalisation pour les enfants. Cela leur permettra d'assimiler peu à peu le type de fonctionnement du service de garde et de se familiariser avec les personnes, les objets et les règles de ce nouvel environnement.

Une nouvelle activité sera plus facilement comprise si on en donne une explication claire et simple, en faisant la démonstration soi-même ou en l'illustrant sur une affiche. Ce procédé vaut également pour une activité déjà connue, mais mal maîtrisée par certains enfants.

On fera attention de graduer les activités en fonction de leur difficulté. Avant de faire une banderole où les enfants colleront chacun leur bout de chaîne de carton, on aura fait des activités très simples de collage et de découpage ; on fera les premières excursions après que l'essentiel de la routine et des règles de la vie en groupe sera intégré, etc.

Un des aspects importants du programme d'activités est la forme d'horaire qu'on lui donne. Tout en conservant un minimum de prévision et de stabilité, cet horaire doit laisser beaucoup de place aux activités libres, choisies par les enfants. Il devrait, par exemple, être généralement semblable d'une journée à l'autre, c'est-à-dire présenter les activités dans une même séquence et avec à peu près la même portion de temps accordée à chacune. Un horaire stable est sécurisant pour les enfants. Ils peuvent prédire ce qui se passera, y découvrant plus facilement et plus rapidement ce qu'on attend d'eux ; cette constance est bénéfique tant du point de vue cognitif que socio-affectif.

La séquence des activités à l'intérieur de l'horaire est également importante. Choisir le moment opportun pour une plus grande participation des enfants. Une causerie invitant tout le groupe à participer devrait se faire à un moment où la disponibilité et l'intérêt des enfants sont à leur meilleur. Par exemple, à l'arrivée, les enfants ont habituellement beaucoup de choses à raconter, mais la causerie sera constamment perturbée si les enfants arrivent graduellement. Il est difficile d'avoir

l'attention des enfants s'ils sont déjà depuis un long moment dans une activité tranquille comme écouter une histoire, regarder une émission de télévision, etc. De même, on ne peut passer trop brusquement d'une activité très «remuante» à une activité très calme, comme écouter une histoire immédiatement après avoir couru et sauté. Terminer l'activité physique par un exercice de détente sera beaucoup plus efficace.

Bien prévoir le temps nécessaire pour une activité est un autre élément important de l'horaire. Si le temps est trop court, il sera difficile d'amener les enfants à une autre activité. Ils seront insatisfaits et auront l'impression d'avoir échoué ou de s'être fait retirer quelque chose qui leur plaisait. À la longue, ils finiront par se désintéresser complètement de l'activité. S'il est trop long, il faut prévoir d'autres activités dans lesquelles ils pourront s'engager.

Principes éducatifs généraux

La formation des groupes et sous-groupes

Généralement la formation des groupes ne concerne pas la garde en milieu familial, mais c'est un élément important dans l'organisation d'une garderie. La plupart des garderies québécoises optent pour la formation de groupes d'âge homogène. Dans le cas d'enfants ayant des difficultés temporaires ou persistantes, plus de souplesse s'impose dans ce mode de regroupement. Il se peut, par exemple, qu'un enfant qui a une déficience intellectuelle profite davantage d'une intégration dans un groupe d'âge inférieur au sien comme il peut être avantageux pour un autre ayant des problèmes émotifs de rester plus longtemps dans le même groupe d'âge.

La plupart des enfants qui ont une déficience ont vécu plus ou moins isolément des autres enfants. Pour éviter qu'une telle expérience négative se reproduise en garderie il faut tenter tout ce qui est possible pour qu'ils participent à toutes les activités du groupe, quitte à leur donner un peu plus de support ou de temps. Si les activités sont menées sans compétition et avec souplesse, il y aura moyen de les adapter pour l'enfant qui a une déficience sans pour autant empêcher les autres de donner leur pleine mesure. Par exemple, un enfant en fauteuil roulant peut participer à un grand nombre d'activités physiques : lancer le ballon, ramper, «courir» dans son fauteuil, glisser, etc. Pendant que certains marchent en équilibre ou sautent, il peut contourner des obstacles et à l'occasion aider à tenir la corde pour les sauts en hauteur.

Un des effets escomptés de l'intégration est précisément le contact avec les autres et particulièrement les modèles qu'ils peuvent constituer pour l'enfant handicapé. Dans la formation de sous-groupes, on devrait en tenir compte. Par exemple, l'enfant qui a de la difficulté à lancer le ballon pourrait être paire avec un autre qui est habile à le faire et qui peut lui servir d'exemple. Ce dernier sera habituellement content de servir de modèle, il faudra peut-être même veiller à ce qu'il n'en fasse pas trop et que ce rôle ne lui soit pas exclusif. En effet, chaque enfant devrait avoir de temps à autre l'occasion d'aider et de se faire aider des autres. Par rapport à l'intégration d'un enfant handicapé, les autres peuvent être d'une grande utilité pour :

- avertir un enfant facilement distrait d'un changement d'activité ou d'une consigne que donne l'éducatrice ou l'éducateur ;
- aider un enfant en difficulté devant une tâche (comment tenir ses ciseaux, comment emboîter des blocs) ;

- s'asseoir près d'un enfant craintif dans une situation nouvelle (une pièce de théâtre, la noirceur pendant la projection d'un film, etc.) ;
- familiariser un nouvel enfant avec les locaux ;
- aider un enfant à pratiquer une nouvelle habileté et à respecter les règles du groupe. Les enfants qui servent de modèle seront fiers de faire profiter l'autre de leurs habiletés et contribueront à l'intégrer dans le groupe. Ainsi plus de support sera donné à l'enfant qui a besoin d'aide tout en laissant plus de disponibilité à l'éducatrice ou l'éducateur.

Principes éducatifs généraux

Les interactions adultes-enfants

Les attitudes positives des éducatrices et des éducateurs, facteur clé de la réussite d'un projet d'intégration, se traduisent par mille et un petits gestes quotidiens en plus du travail plus indirect de l'aménagement des locaux et de l'organisation des activités. Pour chacun des enfants, le personnel devrait viser à atteindre un juste équilibre entre l'aide à l'enfant et le respect de son autonomie.

L'aide à un jeune enfant se manifeste souvent par un contact physique tant pour exprimer l'affection et l'approbation que pour guider un geste ou une action. Une partie considérable de l'éducation des jeunes enfants se fait de façon non planifiée. C'est souvent lors d'occasions fortuites que les gestes de l'éducatrice et de l'éducateur sont posés. Tout comme les enfants très jeunes, les enfants qui ont des retards de développement ou des problèmes de comportement ont davantage besoin de cette aide.

Le développement de l'autonomie de l'enfant exige cependant qu'on diminue graduellement cette aide au fur et à mesure de ses progrès. Les enfants handicapés expérimentent souvent la surprotection de la part des adultes qui les entourent. En conséquence, dès son entrée au service de garde, il n'est pas étonnant de voir l'enfant s'attendre à ce genre de comportement de la part des éducatrices et des éducateurs.

La surprotection est un piège qui guette aussi les éducatrices et les éducateurs. Sur le moment, il est souvent plus facile de faire les choses à la place de l'enfant. C'est mieux fait et plus rapide. Mais à brève échéance, on finit par se trouver en face d'un enfant exigeant, dépendant, et pire encore, un enfant qui se perçoit comme un incapable. Comment éviter ce problème ? En observant souvent l'enfant, en adoptant une attitude autocritique face à ses propres comportements et en s'interrogeant souvent sur les capacités de l'enfant. Est-il réellement incapable de faire cela ? Avec un peu d'aide ou plus de temps y parviendrait-il ?

Prendre le temps d'attendre qu'il attache lui-même ses boutons, qu'il nettoie ses pinceaux en tolérant un peu d'eau sur le plancher demande beaucoup de patience. Mais les encouragements et le temps apparemment perdu seront largement payés de retour par les progrès peut-être lents, mais bien réels et par le développement d'une image de soi beaucoup plus saine chez l'enfant.

La cohérence et la stabilité dans les attitudes sont des principes éducatifs importants surtout auprès d'enfants en difficulté. Il faut éviter les promesses qu'on ne peut tenir. Il faut se limiter aux règles utiles et nécessaires en faisant participer

si possible les enfants à leur élaboration, y tenir, et ne les modifier que lorsque nécessaire. S'il s'avère inutile d'empêcher les enfants de se lever pendant le dîner, il est superflu de s'encombrer de ce règlement. Si, au contraire, ces règles sont nécessaires, il faut agir en conséquence et éviter de changer d'idée à tous les deux jours. Les enfants apprennent mieux et plus vite ce qu'on attend d'eux si c'est logique et stable. Si, une journée, ils ont droit de lire pendant la sieste et le lendemain pas du tout, non seulement ils n'y comprendront rien, mais encore ils auront l'impression d'être victimes d'une injustice. Si des situations comme celles-là se produisent fréquemment, ils perdront confiance en l'adulte.

Il est important de mettre l'accent sur les succès. Tant que la sécurité des autres enfants n'est pas en cause, les comportements inappropriés ou inadéquats ont avantage à être ignorés, mais les comportements souhaités de l'enfant ont tout aussi avantage à être récompensés d'une caresse, d'un sourire ou de félicitations. Face à l'enfant qui a des difficultés de comportement, c'est souvent le contraire qui se produit. Il pose des gestes inacceptables que l'on souligne en les désapprouvant et l'attention qu'il reçoit lui vient que pour des comportements répréhensibles. Il faut briser sinon prévenir de tels cercles vicieux en approuvant les comportements souhaités et en ignorant autant que possible les comportements indésirés.

Les déficiences intellectuelles

Définition

Dans sa politique d'intégration des enfants handicapés dans les services de garde, l'Office des services de garde à l'enfance, à la suggestion de l'Office des personnes handicapées du Québec, a adopté la classification des déficiences proposée par l'Organisation mondiale de la santé.

Conformément à cette classification, le terme «déficience intellectuelle» remplace celui de «déficience mentale» généralement utilisé au Québec jusqu'à maintenant. Plus anciennement, on parlait aussi d'enfants «retardés mentaux» ou «débiles mentaux».

Selon la définition la plus répandue et la plus acceptée, la déficience intellectuelle se manifeste par un fonctionnement intellectuel général significativement inférieur à la moyenne, accompagné de difficultés d'adaptation apparaissant pendant la période de croissance.

Les causes de la déficience intellectuelle sont multiples. Elles peuvent être d'ordre génétique : mongolisme ou trisomie, troubles endocriniens ou métaboliques ; d'ordre biologique : accident, maladie, malnutrition, consommation de drogues ou de médicaments dangereux pendant la grossesse, naissance prématurée, traumatisme à la naissance, empoisonnement ou maladie grave comme la méningite ou l'encéphalite, dans les premiers mois de vie ; ou d'ordre environnemental : mauvais soins ou abus, extrême pauvreté ayant pour résultats la malnutrition et l'absence de soins et de stimulation adéquats.

Le fonctionnement intellectuel est habituellement mesuré par des tests de quotient intellectuel. On considère alors qu'il est significativement inférieur à la moyenne lorsque l'individu y obtient un résultat égal ou inférieur à 70, la moyenne étant de 100. Ce type d'évaluation a été beaucoup contesté et continue de l'être. Il y a de nombreux arguments à l'encontre des tests, en particulier leur biais culturel. Cela signifie qu'ils sont avantageux pour la population majoritaire auprès de laquelle ils ont été validés et normalisés. Cette population est habituellement blanche, de classe sociale moyenne, anglophone et souvent américaine.

Au Québec, nous ne possédons pas de tests préparés avec et pour notre population francophone. Nous n'utilisons que des instruments traduits et adaptés. En plus, il y a peu de tests pour les enfants d'âge préscolaire et ils sont toujours difficiles à administrer à ces enfants à l'humeur changeante et au développement rapide. Malgré ces lacunes, les tests demeurent utiles pour donner un portrait rapide et objectif de l'enfant à un moment précis de son évolution. Cependant,

le quotient intellectuel significativement inférieur ne détermine pas à lui seul la déficience intellectuelle. C'est lorsqu'il s'accompagne de difficultés d'adaptation pendant la période allant de la naissance à 18 ans que l'on conclut à une telle déficience. Ces difficultés concernent la capacité propre à son âge de s'occuper de soi-même et de prendre des responsabilités dans les différents aspects de la vie courante.

Les spécialistes s'entendent généralement pour définir quatre niveaux ou degrés de déficience intellectuelle : légère, moyenne, sévère et profonde. Ces niveaux réfèrent principalement au rythme de développement de l'individu. Il ne s'agit donc pas de quelque chose de statique, figé ou immuable, mais au contraire de dynamique et en mouvement. Ce facteur est très important surtout chez de jeunes enfants. Dans un contexte plus stimulant, un enfant très lent peut s'avérer beaucoup plus rapide dans son évolution. Toutes ces définitions nécessaires sur le plan administratif ne renseigneront jamais autant que l'expérience de l'éducatrice et de l'éducateur avec l'enfant.

Les déficiences intellectuelles

Effets sur le développement

La déficience intellectuelle se caractérise par un ralentissement du développement global de l'enfant. Les enfants ayant une déficience intellectuelle paraissent donc plus jeunes que leur âge et sont toujours plus lents que les autres à apprendre quelque chose, à s'en rappeler et à résoudre des problèmes. Par exemple, l'enfant apprend moins vite à parler et à comprendre son nom ou des consignes verbales. Il apprend plus lentement à jouer avec les autres et à être autonome. Il peut également avoir de la difficulté à sauter, courir, manger seul, devenir propre, etc.

La déficience intellectuelle n'est pas toujours apparente. Certains enfants ayant une grave déficience intellectuelle ne présentent pas de caractéristiques physiques particulières. Ce n'est qu'en les voyant agir qu'on peut noter des différences. Par contre, certaines causes de déficiences s'accompagnent de signes physiques. C'est notamment le cas de la trisomie 21 (ou mongolisme) dont les caractéristiques physiques peuvent être une petite tête ronde que le visage occupe en grande partie, des yeux écartés et bridés (pli de la peau à l'angle interne de la paupière, d'où le nom de «mongol»), des oreilles basses parfois grandes ou de forme inhabituelle, une langue grande et épaisse, des mains larges aux doigts courts souvent très souples et un gros orteil très écarté.

Certaines déficiences intellectuelles sont détectables à la naissance ou en très bas âge, d'autres apparaissent plus tard seulement. Le fait de connaître tôt l'existence d'une déficience est une arme à deux tranchants. D'une part, cela permet d'intervenir tôt (par exemple par un programme de stimulation précoce) et d'ajuster son niveau d'exigences de façon à ne pas provoquer de réactions émotives négatives chez l'enfant. D'autre part, en abaissant trop nos attentes envers l'enfant, il arrive qu'on lui enlève en même temps les stimulations nécessaires à son développement. Ce danger est à éviter autant en période de dépistage qu'en situation d'intervention auprès d'un enfant déjà diagnostiqué. Il faut se rappeler que l'enfant ayant une déficience intellectuelle est capable d'évolution et que l'environnement y joue un rôle important.

Les enfants ayant une déficience intellectuelle légère se développent à un rythme qui pourrait varier des deux tiers aux trois quarts de celui des enfants de leur âge. À moins que cette déficience ne soit associée à une autre déficience, ils ne rencontrent habituellement pas de problèmes particuliers de fonctionnement dans un service de garde et il est fort probable que la plupart des services de garde aient déjà vécu cette expérience. C'est surtout à l'âge scolaire que ces mêmes enfants risquent de rencontrer des difficultés, notamment avec les matières académiques.

Ils ont besoin de plus de pratique et de manipulation pour apprendre. La plupart du temps, leur déficience passe totalement inaperçue chez les autres enfants. Mis à part certains comportements «bébés», ils se mêlent bien aux autres et sont généralement bien acceptés d'eux.

Les enfants qui ont une déficience intellectuelle moyenne ont un rythme de développement d'environ la moitié de celui des autres enfants. Ainsi, des enfants dont l'âge varierait entre 3 et 5 ans auraient un niveau de développement comparable à celui de leurs pairs de 18 à 30 mois.

S'ils n'ont pas de déficiences physiques, à trois, quatre ou cinq ans, leur développement et leur comportement moteur ressemblent beaucoup à celui des enfants d'un an et demi à deux ans et demi environ. Bien qu'ils tombent parfois, ils marchent bien et sont capables de grimper à une chaise ou à un lit. Avec de l'aide, ils peuvent monter un escalier et le descendre par petits pas en se tenant bien. Ils courent, mais ne sont pas encore très habiles. Ils aiment tirer et pousser des objets, peuvent les lancer, mais souvent sans force ni justesse.

Leur motricité fine est généralement développée de la même manière. À quatre ans, l'enfant peut tenir un crayon avec toute sa main, les doigts enroulés tout autour et faire des gribouillis, tout comme le ferait un enfant de deux ans. Comme ce dernier, il manifeste le même intérêt et est capable de faire des tours plus ou moins droites en empilant trois ou quatre blocs les uns sur les autres. Dans les activités de soins personnels, le développement moteur se traduit également par un comportement semblable à celui d'enfants plus jeunes. L'enfant mange seul, mais n'en est qu'à ses débuts quant à l'utilisation d'une cuillère ; il tient son verre à deux mains et les accidents sont fréquents. Il aime se déshabiller, mais ne fait que commencer à s'habiller seul ; c'est un domaine où il a encore beaucoup à apprendre. S'il est déjà entraîné à la propreté, il lui arrive encore de se mouiller ou de se salir. Si non, on peut commencer à lui faire acquérir cette habitude de propreté bien sûr.

Le parallèle entre l'enfant ayant une déficience intellectuelle moyenne de trois à cinq ans et l'enfant de un an et demi à deux ans et demi vaut également pour les comportements cognitifs et verbaux. L'enfant handicapé maîtrise quelques mots et commence à faire des débuts de phrases ou combinaisons de deux mots, «maman partie», «veux plus». Il parle souvent beaucoup, mais la plupart du temps dans le jargon inintelligible caractéristique de l'enfant de deux ans. Il comprend plus de mots (vocabulaire réceptif) qu'il n'en utilise (vocabulaire productif). Son vocabulaire réceptif contient des mots désignant des personnes, des objets, des gestes familiers et quelques directives simples. Certains enfants sont même capables de répondre à deux directives simultanées ou à une directive double : «Lave tes mains et essuie-les avec un papier». La plupart peuvent indiquer des objets familiers dans un catalogue ou un livre d'images et peuvent faire des parrages et des associations simples.

Au niveau socio-affectif, vers quatre ans, ils ont souvent le comportement égocentrique et affirmatif typique des enfants de deux ans. Il faut donc s'attendre à des manifestations de négativisme autant qu'à un fort désir de faire les choses soi-même.

Les enfants qui ont une déficience intellectuelle sévère ou profonde connaissent un rythme de développement allant du dixième au tiers de celui d'un enfant du même âge, selon la gravité de la déficience. Vers l'âge de trois à cinq ans, ils sont développés sensiblement comme le serait un bébé d'environ un an. Souvent, à leur déficience intellectuelle s'en ajoute une d'origine physique, sensorielle ou neurologique. Pour cette raison, il est difficile de les décrire car il y a de nombreuses différences individuelles entre eux. Dans bien des cas, les descriptions et conseils donnés pour d'autres types de déficiences peuvent s'avérer pertinents.

De façon générale, le jeune enfant ayant une déficience intellectuelle sévère ou profonde demande autant d'attention et de surveillance qu'un bébé et le même genre de stimulation et de soins lui sont nécessaires.

Le taux d'incidence de déficiences aussi importantes est très faible et il est peu probable de rencontrer des enfants qui en ont. Si le cas se présentait, il faudrait accorder une attention particulière à la pertinence d'une telle intégration dans un service de garde régulier. S'assurer d'abord que l'enfant reçoit les soins médicaux et autres dont il a besoin, et, avant de prendre la décision de l'intégration, discuter, de concert avec le support des ressources spécialisées et les parents, de la forme qu'elle revêtira, le cas échéant.

Les déficiences intellectuelles

Comment intervenir ?

Un des grands défis que pose l'intervention éducative auprès des enfants qui ont des déficiences intellectuelles est celui de maintenir un juste équilibre entre la longue période de pratique nécessaire à l'enfant pour réussir et l'acquisition et le maintien d'une image positive de lui-même. Étant donné la lenteur de son rythme d'apprentissage, l'enfant qui a une déficience intellectuelle met beaucoup plus de temps que les autres à acquérir les mêmes habiletés. Ainsi, à un âge donné, l'enfant handicapé aura non seulement fait moins d'acquisitions mais vécu plus d'échecs que les autres enfants. La comparaison entre un enfant qui a une déficience intellectuelle et un autre non handicapé mais plus jeune est à cet égard très boiteuse, elle ne tient pas en ce qui a trait au concept de soi. C'est particulièrement le cas de l'enfant dont la déficience est légère ou moyenne. Ce dernier se rend compte qu'il doit fournir plus d'efforts pour obtenir moins de succès que les autres et en est souvent fâché ou attristé. Si l'entourage se montre satisfait de ses efforts et l'aide à constater ses succès, aussi petits et lents soient-ils, il arrivera à mieux se percevoir. Du même coup, sera soutenue la motivation, indispensable à l'apprentissage.

Un rythme d'apprentissage plus lent présente un autre défi important aux éducatrices et éducateurs. Ce que les autres enfants apprennent de façon spontanée et informelle doit souvent être «enseigné» à l'enfant qui a une déficience intellectuelle. Mais il ne faut pas non plus que l'enfant soit constamment sollicité par l'apprentissage de ceci ou de cela. Il faut trouver un juste équilibre entre le spontané et le structuré. Profiter des occasions qui se présentent naturellement et des intérêts manifestés par l'enfant pour planifier certaines interventions structurées, est une bonne manière d'y arriver.

Les enfants qui ont des déficiences intellectuelles profitent d'un programme d'activités stable et bien préparé. Comme ils sont lents, les avertir d'avance d'un changement d'activités et leur rappeler souvent ce qu'ils ont à faire les aident à mieux suivre le groupe. Les objectifs éducatifs spécifiques à ces enfants pourraient être de les encadrer plus que les autres, notamment dans des activités liées au développement cognitif et au langage.

Certaines techniques donnent de bons résultats. L'analyse de tâche en est une. Elle consiste à séparer en autant d'unités les différentes étapes d'une activité. Par exemple, pour manger sa soupe à la cuillère, il faut :

- prendre la cuillère ;

- la plonger dans le bol ;
- la déplacer vers la bouche sans renverser la soupe ;
- la mettre dans la bouche correctement ;
- en retirer la cuillère et avaler la soupe.

Une fois les unités établies, on peut les montrer une à une. Prises séparément, elles semblent plus faciles que toute la tâche au complet. L'enfant peut être félicité pour chacune et vivre une réussite à chaque fois.

On peut enchaîner chacune des unités dans deux ordres : dans le sens normal de la tâche ou en sens inverse. En sens normal on montre d'abord à l'enfant à prendre la cuillère, puis graduellement, à compléter les autres unités. En sens inverse, on lui montre à attacher ses souliers en faisant d'abord la dernière partie de sa boucle et petit à petit à réussir les étapes antérieures. Dans certaines tâches, on ne peut aller en sens inverse, la réussite des premières étapes étant préalable à celle des dernières. Mais quand cela est possible, le sens inverse a l'avantage de donner plus facilement l'impression de succès à l'enfant.

Présenter les tâches en ordre de difficulté est une autre technique utile et même nécessaire. Par exemple, on apprend à l'enfant à tenir des solides dans une cuillère avant des liquides.

Les suggestions faites plus loin pour les enfants ayant des déficiences du langage et de la parole pourront également être utiles pour l'intégration des enfants qui ont des déficiences intellectuelles.

Les déficiences du langage ou de la parole

Définition

On appelle déficiences du langage celles qui ont trait à la communication verbale au niveau réceptif (écouter, comprendre) ou au niveau expressif (parler). On peut soupçonner l'existence de telles déficiences chez un enfant qui a, par rapport à d'autres enfants de son âge, nettement moins recours au langage verbal pour communiquer avec les autres ou encore qui l'utilise avec un vocabulaire et des structures manifestement sous-développés pour son âge. On appelle déficiences de la parole celles qui sont liées à l'articulation, la voix ou le rythme. Le bégaiement, le zézaiement, la substitution de phonèmes en sont des exemples.

À la période préscolaire, c'est avec beaucoup de prudence qu'il faut parler de troubles du langage et de la parole puisque c'est à ce moment que se développent graduellement les habiletés verbales chez l'enfant. Ce n'est que lorsqu'un enfant présente un retard marqué ou une difficulté inhabituelle par rapport au développement normal qu'il y a lieu de songer à une déficience du langage ou de la parole. Une bonne connaissance du développement normal du langage chez les jeunes enfants est donc ici très utile à l'éducatrice ou à l'éducateur.

De façon générale, les spécialistes en développement du langage s'accordent à dire qu'avant l'âge de trois ans, il n'y a pas lieu de juger comme un retard de développement le fait qu'un enfant parle peu ou presque pas. Il y a, en effet, beaucoup de différences individuelles dans le rythme d'apparition du langage parlé. Cependant, si le fait de parler peu s'accompagne d'un retard du langage compris, il y a lieu d'y porter une attention particulière tout comme aux enfants plus vieux qui parlent très peu ou qui ne semblent pas bien comprendre le langage.

Des différences culturelles ou linguistiques entre le milieu familial de l'enfant et celui du service de garde peuvent parfois expliquer un comportement verbal inhabituel. Un enfant, dont la langue des parents est différente de celle des éducateurs, peut tout simplement ne pas comprendre la langue de ces derniers et, par conséquent, ne pas réagir à leurs demandes verbales. Un autre dont les parents parlent la même langue, mais avec des particularités régionales ou sociales différentes de celles du service de garde, peut avoir des réactions similaires. Il s'agit là de différences qui doivent être prises en considération dans les interactions avec l'enfant. L'action éducative auprès de ces enfants consiste à leur apprendre graduellement la langue ou les spécificités de la langue du service de garde pour leur permettre de communiquer avec les autres plutôt qu'à les corriger de ce qu'on considérerait à tort comme un retard ou un trouble. Par conséquent, on ne s'attend pas à ce que l'enfant ne parle plus sa langue maternelle ou ne parle plus comme chez lui. On vise plutôt à ce qu'il élargisse son répertoire en y ajoutant peu à peu les particularités locales de la langue du service de garde.

Une vérification auprès de la famille permettra de savoir si l'enfant utilise sa langue maternelle chez lui et de s'assurer ainsi qu'il a déjà commencé à développer ses habiletés de communication verbale. Ainsi il est plus facile de confirmer s'il s'agit bien d'une difficulté de communication liée à des différences linguistiques ou si un autre problème s'ajoute.

Les troubles de la parole chez des enfants d'âge préscolaire, assez importants pour occasionner de sérieux problèmes de communication entraînant à leur tour des difficultés sociales, affectives ou cognitives, devraient faire l'objet de préoccupations, sans perdre de vue les étapes du développement normal et les obstacles temporaires qui y sont associés. Il est normal qu'un enfant de deux ans se mette en colère parce qu'un adulte ne parvient pas à comprendre un mot de son vocabulaire très personnel. Par contre, la même situation serait plus inquiétante si elle était fréquente chez un enfant de quatre ans.

Les déficiences du langage et de la parole sont souvent associées à d'autres types de déficiences, notamment les pertes auditives, les fissures palatines, la (para)lysie cérébrale, les déficiences intellectuelles et les difficultés graves d'ordre socio-affectif ou comportemental.

Une des conditions essentielles au développement normal du langage chez l'enfant est sa capacité d'entendre le langage qui lui est adressé et qui est parlé autour de lui. Ce modèle linguistique ne parviendra pas ou mal à l'enfant qui n'entend pas bien (nous parlerons plus loin de l'enfant ayant des déficiences auditives). Il s'agit à différents degrés de surdité et si les cas sévères sont assez facilement détectés, il n'en est pas de même des pertes auditives moins importantes. Des problèmes de développement du langage ou des troubles de la parole sont parfois des indices d'un problème auditif. Les otites et autres infections de l'oreille auxquelles les jeunes enfants sont particulièrement sensibles sont l'une des principales causes de pertes auditives. Ces infections, à répétition ou mal soignées, peuvent avoir des effets importants sur le développement du langage, surtout chez un jeune enfant, inconscient des pertes auditives qu'il subit. Un adulte attentif aux comportements d'écoute et d'attention de l'enfant est susceptible de noter ces problèmes et de les signaler pour qu'il soit vu par les spécialistes appropriés, soit prioritairement l'oto-rhino-laryngologiste (O.R.L., médecin spécialisé dans le diagnostic et le traitement des oreilles, du nez et de la gorge) et l'audiologiste (professionnel qui évalue l'audition et ses pertes, fait la rééducation de l'audition et recommande, s'il y a lieu, un appareil auditif ou des méthodes d'entraînement).

Certains enfants naissent avec une malformation congénitale de la bouche appelée fissure palatine (fente du palais). Habituellement, le problème est corrigé par une série d'interventions chirurgicales. Selon le degré de réussite de la chirurgie, certains enfants parleront normalement, mais d'autres n'y arriveront pas. De plus, les infections des oreilles peuvent être fréquentes chez ceux qui ont une fissure palatine et entraîner ainsi des pertes auditives temporaires. Ces conditions influencent la nature et l'intensité des difficultés de l'enfant à apprendre à parler.

Les fissures palatines affectent surtout la parole : voix fortement nasale et prononciation très pénible de certains phonèmes (s, z, j, ch, k, g). Mais, il arrive aussi qu'elles entraînent des difficultés de langage (réceptif ou expressif).

La paralysie cérébrale a pour conséquence un défaut du contrôle des muscles volontaires. Pour cette raison, elle est fréquemment liée à des incapacités au niveau de la parole. Selon le type et la gravité de la paralysie cérébrale, l'enfant peut avoir de la difficulté à contrôler les muscles sollicités pour la respiration et la phonation (émission des sons de la langue), tout comme la mâchoire, le palais, la langue, les lèvres et la gorge. Cependant, à moins que l'enfant n'ait d'autres déficiences comme des pertes auditives ou des carences intellectuelles, ses capacités au niveau du langage ne sont pas diminuées.

Comme il a été mentionné dans le chapitre sur les enfants qui ont des déficiences intellectuelles, la lenteur de leur rythme d'apprentissage affecte tous les aspects de leur développement, notamment celui du langage réceptif et expressif.

Les enfants qui ont de graves difficultés d'ordre socio-affectif ou comportemental présentent parfois des déficiences du langage, comme nous le verrons dans un chapitre ultérieur. Mais cela varie beaucoup d'un type de difficulté à l'autre et d'un enfant à l'autre.

Les déficiences du langage ou de la parole

Effets sur le développement

Le langage étant d'abord et avant tout un instrument de communication, c'est surtout le développement social et affectif qu'une déficience du langage est le plus susceptible d'affecter. Le petit enfant qui n'arrive pas à communiquer verbalement comme un autre de son âge a beaucoup de difficulté à entrer en contact avec les autres. Il lui est pénible de faire valoir ses droits autrement que physiquement (arracher un jouet des mains de l'autre, le taper parce qu'il a pris sa place, etc.). Si l'enfant présente de sérieux problèmes autant sur le plan réceptif qu'expressif, il risque d'être isolé soit par désintéressement à force de ne rien comprendre de ce qui se passe, soit par rejet des autres à force d'intervenir souvent à contretemps ou de façon inappropriée. Évidemment, tout cela dépend de la gravité du problème de même que des réactions du milieu qui peuvent atténuer ou accentuer ces risques que l'enfant est susceptible de courir.

Le développement du concept de soi est un des aspects fondamentaux de l'épanouissement affectif. Certains enfants entretiennent des sentiments négatifs à leur propre égard lorsqu'ils se rendent compte qu'ils n'ont pas les mêmes habiletés langagières que les autres. Le concept de soi est également lié au développement social par le biais de l'acceptation de soi par les autres et des expériences agréables qui y sont liées.

Chez certains enfants, le retard de langage est occasionné par une déficience cognitive, il est alors accompagné de ralentissements dans certaines habiletés cognitives. Chez d'autres, c'est la déficience langagière qui risque d'entraîner un retard cognitif. En conséquence, l'enfant qui ne comprend pas bien se trouve privé d'une quantité de l'information habituellement transmise par le langage et celui qui ne peut parler suffisamment s'enlève également un important moyen d'interaction avec son environnement. Chez d'autres encore, il n'y a aucun lien entre une déficience du langage et le développement cognitif.

Le principal obstacle à surmonter pour l'enfant présentant des problèmes sévères d'articulation est celui d'être incompris la plupart du temps d'à peu près tout le monde. Si ces problèmes n'accompagnent pas des déficiences du langage ou d'autres troubles (intellectuels ou moteurs), leurs relations avec les autres aspects du développement de l'enfant sont peu importantes. Cependant, le développement social et affectif risque d'en être perturbé, ses activités sociales peuvent facilement être modifiées si les autres enfants ne le comprennent pas et provoquer un isolement ou d'autres comportements inacceptables pour les autres. Le concept de soi de cet enfant n'est pas à son meilleur, il se sent maladroit et rejeté des autres.

La plupart des enfants qui bégaient ont un développement tout à fait normal dans d'autres sphères y compris celles du langage et de la parole. Dans certaines circonstances, l'enfant peut habituellement démontrer qu'il est capable de parler à un rythme normal. Cependant, comme chez l'enfant qui a de sérieux problèmes d'articulation, le bégaiement peut être lié à des difficultés affectives. Par exemple, une perception négative de lui-même comme locuteur ou le résultat de moqueries et de critiques des enfants ou des adultes à son égard peut entraîner des conflits dans ses interactions et l'empêcher de grandir socialement.

Il n'y a pas généralement de liens entre le développement moteur et les déficiences du langage ou de la parole. Un enfant peut développer ses habiletés motrices à un rythme normal ou même rapide et demeurer beaucoup plus lent à apprendre à parler. Mais il y a toujours une exception à la règle. L'enfant, par exemple, qui manifeste, à tous égards, une lenteur générale à apprendre n'échappe pas à un ralentissement autant moteur que langagier.

Les déficiences du langage ou de la parole

Comment intervenir ?

Comme les enfants d'âge préscolaire sont en pleine période de développement du langage, le rôle du personnel d'un service de garde en est un surtout de prévention et de dépistage plutôt que d'intervention sauf en présence de véritables déficiences langagières. Dans cette perspective, la première chose à faire est une observation attentive de l'enfant afin de voir s'il y a lieu de suggérer aux parents une évaluation plus poussée et éventuellement une intervention spécialisée.

L'observation devrait porter autant sur les problèmes de communication que sur les situations dans lesquelles ils se manifestent. Le magnétophone est un outil habituellement très utile. Parfois une difficulté d'articulation relativement simple vient masquer un développement du langage par ailleurs très normal. Prenons l'exemple de Jeannot, quatre ans, qui parle beaucoup mais qu'on n'arrive pas à comprendre. Son éducatrice l'enregistre à différentes périodes d'activités. A l'écoute, elle n'arrive pas à le déchiffrer, mais un enregistrement de l'enfant en train de raconter une histoire à partir d'un livre retient particulièrement son attention. A plusieurs reprises, l'enfant dit sur un ton interrogatif : «Tetetéta ?» Elle se souvient que l'enfant pointait une image du doigt en disant cela ; elle fait alors le lien «Tetetéta ?» = Qu'est-ce que c'est ça ? Elle comprend alors que Jeannot substitue le phonème **t** aux phonèmes **k** et **s**, ce qu'elle vérifie en appliquant cette «clé» aux autres enregistrements pour constater alors d'autres substitutions et omissions de consonnes. Elle se rend compte en même temps qu'il maîtrise bien les voyelles, que son vocabulaire est assez bien développé et qu'il construit ses phrases aussi bien. Une telle observation est très utile pour les spécialistes et l'éducatrice afin d'assurer une continuité dans l'intervention. Ainsi, avec Jeannot, on tentera d'établir s'il confond les phonèmes parce qu'il ne les entend pas bien ou parce qu'il ne les distingue pas à leur réception ou à leur production.

Outre le pédiatre, l'oto-rhino-laryngologiste et l'audiologiste, l'orthophoniste pourrait être amené à collaborer avec le service de garde, soit pour diagnostiquer ou traiter les troubles du langage ou de la parole à la demande des parents. L'orthophoniste est une personne professionnelle, spécialisée dans le diagnostic et le traitement des troubles du langage et de la parole. Ces spécialistes ont parfois aussi une formation d'audiologiste.

Dès qu'on a des doutes sur les capacités à comprendre ou à parler d'un enfant, en dehors des difficultés normales en cours de développement, un examen des oreilles et de l'audition devrait être fait. Comme nous l'avons dit plus haut, les pertes auditives mineures et passagères à la suite d'infections de l'oreille sont

fréquentes chez les jeunes enfants et peuvent devenir permanentes si elles sont négligées. Conscients de cette réalité, les pédiatres et les médecins généralistes traitent habituellement ces enfants rapidement et n'hésitent pas à les référer à des spécialistes au besoin.

Cependant, il peut parfois s'écouler beaucoup de temps avant que les spécialistes ne puissent intervenir. En attendant, la comparaison des observations du service de garde avec celles des parents permet de comprendre les forces et les difficultés de l'enfant et de se concerter dans leurs interventions réciproques. Le personnel du service de garde, en exprimant ses préoccupations, doit rester calme et ne pas dramatiser. La communication est un geste social d'interaction, un climat chaleureux et accueillant est donc nécessaire, plus encore quand il s'agit d'un enfant en difficulté. L'attitude de l'éducatrice ou de l'éducateur est très importante dans une telle situation.

Les spécialistes sont parfois habitués à travailler seuls. Le personnel devra peut-être insister pour savoir ce qu'il peut faire ou, à tout le moins, avoir assez d'informations pour ne pas contrecarrer les interventions de l'orthophoniste, entre autres. Mais de façon générale, les spécialistes, forts de la collaboration du personnel du service de garde, acceptent volontiers de l'informer et de le conseiller dans ses interventions auprès de l'enfant.

Avec la plupart des enfants, l'éducatrice ou l'éducateur n'adopte pas de techniques spéciales pour leur apprendre à parler. Des recherches ont démontré que les adultes adaptent généralement très adéquatement leur langage à un niveau juste un peu plus élevé que celui de l'enfant. Ils emploient un vocabulaire simple, celui de l'enfant, additionné de quelques mots nouveaux qu'ils enrichissent au fur et à mesure des progrès de l'enfant. Ils utilisent un procédé semblable pour structurer les phrases et autres éléments de la grammaire, allant graduellement du très simple au plus complexe. Ils n'enseignent pas à l'enfant à parler, mais lui parlent et l'écoutent pour lui communiquer des messages et recevoir les siens dans diverses situations de la vie courante. Cette interaction naturelle s'avère bénéfique pour tous les enfants. Cependant certains ne profitent pas des avantages de ces interactions parce que leur environnement ne peut les leur fournir. Ceux-là auront grandement avantage à fréquenter un service de garde qui les place dans un climat et des situations où les échanges verbaux avec des adultes et avec des enfants sont fréquents et significatifs. Généralement, ils font des progrès rapides et comblent peu à peu leur retard. Par contre, pour qui ce retard est très marqué, où les déficiences l'empêchent de tirer profit du climat d'interaction naturelle, il faut alors structurer davantage l'intervention et porter une attention particulière aux difficultés éventuellement associées.

Malgré les difficultés, il faut tenter de créer un climat propice à la communication. Partir des forces de l'enfant est une bonne façon de le mettre à l'aise et de lui donner confiance en lui-même. Par exemple, on amène l'enfant bègue à parler en situation individuelle si c'est là que son rythme est normal, puis graduellement il parle devant un groupe d'abord très petit et de plus en plus grand. On le félicite de ses progrès même très minimes. Par exemple, on souligne à

Pierre qui demande un pruit par un mot qu'il l'a bien demandé auparavant lui. Inutile d'exiger «Je voudrais le camion s'il vous plaît», alors que jusqu'à maintenant, il n'avait fait qu'un geste accompagné d'un cri. Par contre, chez un enfant très timide, pour qui trop de démonstrations peuvent gêner, les félicitations se font avec discrétion.

Pour parler, l'enfant a besoin d'être écouté. Même s'il est difficile de rester attentif à un enfant qu'on ne comprend pas ou qui éprouve de sérieux problèmes à s'exprimer à cause du bégaiement, par exemple, cette condition est nécessaire pour maintenir la communication. Des observations attentives aident peu à peu à décoder un langage incompréhensible. En cela, les parents, qui le comprennent au moins partiellement, peuvent être d'un grand secours pour l'éducatrice ou l'éducateur. Une attitude d'accueil aide aussi l'enfant à mieux s'accepter et par surcroît sert de modèle aux autres enfants, qui sont si facilement enclins à faire comme l'adulte. Parfois, une intervention auprès d'eux pourra aider. Occasionnellement et délicatement, une demande verbale peut être «traduite», un peu comme on le fait pour celle d'un enfant plus jeune qui s'adresse à des plus vieux. Par exemple, à la collation, Sophie dit : «Ma eu a pomme». L'éducatrice reprend : «Sophie dit qu'elle veut une pomme, veux-tu, Anne-Marie, lui passer le plateau, s'il te plaît ?».

Comme on apprend à parler en parlant, il faut multiplier les occasions de le faire et exploiter les nombreuses situations de la vie courante en oubliant jamais l'aspect interactif de la communication : quelqu'un parle (le locuteur), un autre (ou d'autres) l'écoute (l'auditeur) et vice versa dans un processus de va-et-vient. Parler avec l'enfant de ce qu'il est en train de faire avec un jeu de blocs, l'encourager à apporter quelque chose de chez lui et en parler, profiter des occasions où il éprouve des émotions pour les exprimer verbalement (joie, peine, colère), raconter des histoires, réciter des comptines ou des petits poèmes, chanter des chansons sont autant d'occasions significatives de parler et d'écouter. Faire attention d'inclure dans les histoires, les petites récitations, etc., des situations proches de la vie des enfants pour que les concepts et le vocabulaire avec lequel ils sont mis en contact soient significatifs pour eux. Ainsi, une histoire de métro intéresse peu les enfants de la campagne qui n'ont jamais pris le métro de leur vie, mais est très pertinente pour l'enfant de Montréal qui le prend tous les jours pour se rendre au service de garde. Il faut privilégier les activités de routine qui fournissent de nombreuses occasions de contacts individuels où le langage est significatif : toilette, repas, collation, habillage, etc.

Une question ouverte plutôt qu'une question demandant un «oui» ou un «non» est une bonne façon de démarrer une conversation. Par exemple : «Oh ! le beau dessin, comment l'as-tu fait ?» plutôt que : «L'as-tu fait à la craie de cire ?».

Pour garder l'interaction et maintenir la communication, une conversation avec l'enfant se fait en reformulant et en élargissant l'énoncé de l'enfant plutôt qu'en le corrigeant carrément. Par exemple : à la collation, Lise-Anne dit : «Jolo» en tendant la main vers un verre de jus. La monitrice lui dit : «Tu veux du jus ?». Lise-Anne répond : «Ou zu». Dans cet exemple l'adulte montre à l'enfant qu'elle a compris et lui donne en modèle le mot et même la phrase correcte, mais sans refuser le terme de l'enfant comme elle l'aurait fait si elle avait plutôt dit : «Non,

on dit jus ? » Ici l'adulte peut également s'étendre en continuant après l'enfant : « Jus, du bon jus de pomme, Lise-Anne ? » Elle donne alors un nouveau modèle de phrase dont la signification est transmise par le geste. L'enfant ne l'utilisera probablement pas tout de suite et peut être pas avant un bon moment, mais ce modèle répété à l'occasion sera compris maintenant et reproduit plus tard.

Les comportements et les habiletés d'attention ont un rôle important à jouer dans le langage et la parole. Il faut s'assurer d'avoir l'attention de l'enfant avant de lui dire quelque chose, condition essentielle pour bien écouter et pour arriver à bien imiter. Les occasions qui se présentent naturellement doivent être utilisées pour amener l'enfant à imiter. Lorsque Pierre, un enfant qui a des problèmes de langage, s'est fait taper par Sylvie, l'éducatrice ou l'éducateur peut l'amener à transmettre son message en lui disant : « Dis à Sylvie : ça fait mal ».

L'attention est nécessaire pour bien écouter les sons et bien les discriminer, ce qui est particulièrement important dans les problèmes d'articulation. Des petits jeux d'écoute de cris d'animaux, de bruits de sirène, de klaxon, etc., peuvent être utiles, en plus de certains jouets, pour distinguer des bruits. Des jeux musicaux avec des clochettes, des bouteilles, des instruments de musique peuvent développer l'attention aux sons. Des jeux de rimettes, de mots qui commencent pareil, aident au discernement des phonèmes (ou sons de la langue). On les présente graduellement des plus différents aux plus semblables en accentuant légèrement et en prononçant plus lentement les plus complexes. Par exemple, à Marie qui demande : « Di, zus, on peut dire : « Tu veux du jus, Marie ? » De temps à autre, seul avec l'enfant, s'installer devant un miroir et, sous forme de jeu, prononcer le phonème pour amener l'enfant à le reproduire en regardant sa bouche. Cette technique peut surtout être utile pour les phonèmes où le mouvement de la bouche est facilement visible. Il faut chercher à conserver un caractère amusant et agréable à ces interventions afin d'éviter d'ennuyer l'enfant.

Avec les enfants qui ont de sérieux problèmes de bégaiement, le plus important est de créer un climat calme et détendu face au langage. Une très bonne façon de le faire est d'être soi-même un bon modèle, c'est-à-dire de parler calmement. Éviter surtout d'attirer l'attention sur le bégaiement ; même des félicitations peuvent avoir cet effet. Porter intérêt à ce que l'enfant dit plutôt qu'à sa manière de le dire. Dans certaines situations, le bégaiement est habituellement léger ou inexistant ; on peut en profiter pour avoir alors plus d'échanges verbaux avec l'enfant. Cependant, les autres enfants pourraient être moins délicats, faire des remarques désobligeantes ou se moquer de l'enfant. Tous les enfants bègues ne réagissent d'ailleurs pas de la même façon. Pour certains, il est préférable de ne pas discuter de la question en présence des autres enfants. D'autres se sentiront plus à l'aise si leur problème peut être abordé simplement et sans cachotteries. Les parents de l'enfant peuvent évidemment aider à trouver la meilleure attitude à adopter.

Les déficiences auditives

Définition

La déficience auditive est une diminution du champ auditif, c'est-à-dire de la capacité de percevoir les sons. L'oreille humaine perçoit la hauteur (le nombre de vibrations ou fréquences, exprimé en cycles ou hertz) et l'intensité (exprimée en décibels) des sons. L'oreille est composée de trois parties principales :

- l'oreille externe formée du pavillon, du conduit et du tympan ;
- les trois petits os, derrière le tympan, composent l'oreille moyenne ; ils réagissent aux sons et les transmettent à l'oreille interne ;
- l'oreille interne comprend principalement la cochlée et le nerf auditif dont la fonction est d'analyser et de transmettre les sons au cerveau. Le cerveau perçoit et interprète les sons.

Les types et les degrés de déficiences auditives varient selon les parties de l'oreille ou du cerveau qui sont malformées, obstruées ou détruites.

Il y a deux types de déficiences auditives : la surdité de conduction et la surdité de perception. Comme le mot l'indique, c'est la conduction ou la transmission des sons au niveau de l'oreille externe ou moyenne qui est en cause dans la surdité de conduction. Le passage des sons est obstrué ou amorti par une anomalie du pavillon, du tympan ou des osselets ou encore par une obstruction du conduit auditif. Il y a généralement des solutions médicales au moins partielles à ce type de surdité, à condition de la détecter et d'y remédier promptement.

La surdité de perception a pour cause des lésions de l'oreille interne. Elle est plus complexe et plus grave parce que, d'une part, ses causes sont multiples et mal connues et que, d'autre part, elle est irréversible et souvent irrémédiable. Dans certains cas, elle peut cependant être réduite.

Il y a divers degrés de surdité : légère, moyenne, sévère et profonde.

La déficience auditive légère correspond à une perte auditive de 20 à 40 décibels. Ce sont les habiletés plutôt fines de l'oreille qui sont affectées ici. L'enfant a tendance à parler fort, à demander que le tourne-disque joue plus fort, à mal comprendre une directive donnée à distance, le secret d'un copain ou la voix chuchotée dans une histoire. Il est peut-être difficile pour lui d'identifier la provenance de la voix d'un ami qui l'appelle, il le fait répéter ou n'y répond pas. Ces comportements peuvent facilement être confondus avec de l'inattention ou un manque de participation.

Une perte auditive de 41 à 70 décibels caractérise la déficience auditive modérée. Elle entraîne des difficultés d'acquisition du langage. Cependant, un appareil auditif peut généralement corriger l'insuffisance de manière à permettre la conversation et ainsi le développement du langage.

La déficience auditive sévère est une baisse de l'audition de 71 à 90 décibels. L'amplification des sons par un appareil est nécessaire, mais généralement insuffisante pour échanger adéquatement avec les autres. Il faut avoir recours à des moyens visuels ou tactiles additionnels pour apprendre à bien communiquer. Un enseignement structuré est alors nécessaire à l'enfant pour acquérir le langage oral.

La déficience est profonde si la perte auditive dépasse 91 décibels. Un appareil auditif peut être indispensable, mais insuffisant pour parvenir à parler de façon intelligible. L'enfant a besoin de services spécialisés car l'acquisition du langage lui sera difficile, peut-être même impossible.

Les déficiences auditives

Effets sur le développement

Les enfants qui ont des déficiences auditives légères ont un développement comparable à celui de tout enfant. Cependant, il peut arriver qu'ils aient des problèmes de parole mineurs. Comme la plupart du temps ces pertes auditives sont des déficiences de conduction, une intervention médicale y apporte généralement une solution. Les effets sur le développement sont donc habituellement temporaires et s'estompent par la suite.

On a longtemps cru que les enfants qui ont des déficiences auditives modérée ou sévère avaient un développement très différent de celui de leurs pairs. Ces croyances sont fortement ébranlées depuis qu'on critique le rôle parfois subtil, mais important, que joue le langage dans les observations faites d'enfants atteints de surdité. On en conclut qu'il peut y avoir des différences sur les plans cognitif et socio-affectif, mais rarement sur le plan moteur. La plus grande difficulté réside au niveau du langage et de la communication.

Ces enfants ont le même potentiel cognitif que leurs pairs. Leurs capacités de distinguer, de parler, de sérier, de classer, de raisonner, de résoudre des problèmes sont les mêmes. Cependant, leur déficience réduit leur capacité de recevoir et d'organiser l'information transmise par le langage. Pour cette raison, il peut arriver que leur développement cognitif soit ralenti. De plus, les attitudes de l'entourage, l'importance de la déficience et le moment des débuts d'intervention peuvent avoir une influence considérable sur la motivation de l'enfant.

Le problème de communication qu'entraîne la déficience auditive est le principal obstacle au développement socio-affectif de l'enfant sourd. Comme tout enfant, il essaie de communiquer avec les autres, mais à sa manière. Il ne comprend pas toujours que les autres ne le comprennent pas. En plus d'entraîner de la confusion, c'est aussi une source de grande frustration. La participation au groupe, l'apprentissage et le respect des règles de la vie de groupe et la capacité de se faire des amis en sont souvent affectés. Le contact avec les autres peut également être modifié. Par exemple, n'entendant pas quelqu'un venir, il peut sursauter en l'apercevant ou en étant touché par lui et ainsi développer une certaine crainte de la présence des autres. D'autre part, la difficulté de se faire comprendre de l'enfant sourd est une expérience désagréable pour les autres et peut les amener à éviter les échanges avec lui. Tout comme un enfant malade, l'enfant ayant une déficience auditive doit souvent fréquenter les hôpitaux, les médecins et autres professionnels. Ces expériences sont parfois désagréables, voire traumatisantes pour certains, et brisent souvent le rythme normal de la vie d'un enfant de cet âge. C'est donc là une autre source de difficulté.

Le jeune enfant né avec une déficience auditive, inconscient de ce qui lui manque, n'en souffre pas à priori. Mais son entourage le sait et y réagit parfois fortement. Ces réactions influencent beaucoup celles de l'enfant envers lui-même et envers les autres.

Sur le plan moteur, le développement de l'enfant ayant une déficience auditive est habituellement normal. Là encore, le rôle de l'environnement est important. Si l'enfant est privé des expériences motrices normales à cet âge, son développement moteur sera ralenti. Mais, sauf dans les cas où la surdité peut être associée à des troubles de l'équilibre, la déficience auditive ne présente pas de risque pour le développement moteur.

La plus grande difficulté à surmonter pour l'enfant ayant une déficience auditive est la communication verbale. C'est précisément sa capacité de recevoir les signaux sonores qui est déficiente. Comme le langage réceptif (comprendre) est intimement associé au langage productif (parler), c'est tout le langage verbal qui risque d'être perturbé. Évidemment, tout dépend du degré de surdité, des possibilités d'appareillage et du moment où la déficience est survenue et a été détectée. L'enfant ayant une déficience auditive développe son langage de la même façon que tout autre enfant, mais plus lentement (plus ou moins, selon l'ampleur du problème). Il a donc besoin d'être davantage soutenu et encouragé par une intervention plus structurée. Il existe différents systèmes qui ont tous pour but de soutenir l'enfant dans le développement de ses capacités de communication. Au Québec, ceux utilisés par les intervenants se regroupent autour de deux grands courants : la communication totale et l'oralisme.

La communication totale joint, pour développer les habiletés de l'enfant, la communication gestuelle (langage par signes ou langue signée, alphabet signé, etc.) et la communication verbale (regarder, écouter, parler). L'oralisme vise les mêmes objectifs à travers la communication verbale seulement. Les deux approches préconisent l'appareillage, s'il y a lieu, et l'entraînement les plus précoces possibles. Elles utilisent aussi la lecture labiale et partagent certaines techniques d'enseignement.

Le mode de communication dans lequel l'enfant a appris à fonctionner peut jouer un rôle dans la capacité et la manière de l'intégrer à un service de garde de même que dans le support nécessaire. C'est un aspect de la question qui devrait être abordé avec les différents intervenants : parents, médecin, orthophoniste, audiologiste, enseignant ou enseignante, éducatrice ou éducateur et, s'il y a lieu, interprète de la langue signée.

Les déficiences auditives

Comment intervenir ?

Outre les principes éducatifs généraux et les suggestions d'intervention auprès des enfants ayant des déficiences du langage et de la parole, certaines caractéristiques de l'enfant ayant une déficience auditive méritent l'attention de l'éducatrice et de l'éducateur.

Être motivé à apprendre à parler ou à mieux parler n'est pas facile pour l'enfant qui a une déficience de l'ouïe. La surdité de naissance ou acquise très tôt n'est pas consciente chez l'enfant. Il ne sait donc pas qu'il a une déficience et a du mal à comprendre pourquoi on insiste tant pour qu'il comprenne et parle. Il faut alors faire très attention pour que nos interventions restent positives. Les encouragements, les félicitations, la variété de situations agréables nécessaires à sa motivation et à son bien-être affectif doivent donc occuper une place importante dans les interventions.

Dans ses contacts quotidiens avec l'enfant, l'éducatrice ou l'éducateur doit se rappeler l'importance pour l'enfant de voir ce qui se dit et se passe. Il faut d'abord attirer son attention, par un signal visuel si nécessaire, un geste, ou un signal lumineux (éteindre et rallumer la lumière, bouger le bras vers l'enfant, s'approcher de lui, le toucher, etc.). Afin que l'enfant voit bien la bouche de la personne qui s'adresse à lui, personnellement ou en groupe, il faut rester immobile, face à lui et en étant suffisamment éclairé. Parler simplement, en utilisant un vocabulaire au niveau de l'enfant, en articulant soigneusement, mais sans exagération et en gardant la tête immobile. Le débit devrait être normal ou légèrement ralenti, mais ni trop rapide ni trop lent, ce qui augmenterait les difficultés de compréhension.

Associer à la parole des gestes, des actions, des objets ou des images facilite la compréhension et l'acquisition graduelle du langage. Ce principe valable pour tout enfant l'est encore plus pour l'enfant sourd dont le canal sensoriel de la vue est intact. Il faut cependant éviter de n'utiliser que la vision et plutôt pairer l'information visuelle avec l'information auditive et verbale.

Sur le plan de l'organisation physique, aucun aménagement ou matériel spécial n'est nécessaire. Cependant, on veillera particulièrement à la qualité de l'éclairage et au contrôle du niveau de bruit. Des suggestions ont été faites sur ce dernier point dans la section traitant des principes éducatifs généraux. La diminution des bruits ambiants aide l'enfant à mieux percevoir les bruits significatifs comme la musique et la parole. En outre, les appareils auditifs étant essentiellement des amplificateurs, les bruits de fond, généralement nombreux dans un service de garde, sont augmentés.

On utilise le matériel conventionnel. Le recours au matériel visuel est particulièrement recommandé s'il attire l'attention sur des aspects pertinents des activités sans toutefois en faire une surutilisation ; trop d'images ou des images mal à propos nuisent au lieu d'aider.

Les efforts d'attention et de concentration parfois considérables que l'enfant ayant une déficience auditive doit fournir pour comprendre les autres augmentent souvent son besoin de retrait ou de repos temporaire. L'aménagement d'un espace intime suggéré dans les principes généraux lui est particulièrement bénéfique.

L'appareil auditif est le seul -matériel- spécial dont l'enfant a besoin. Les parents ou les spécialistes peuvent expliquer au personnel du service de garde le fonctionnement et l'entretien de tel appareil en particulier. Il en existe différentes sortes que nous décrivons brièvement.

L'appareil auditif (ou prothèse auditive) est un amplificateur des sons. Il ne permet pas nécessairement une audition de tous les sons. Son efficacité dépend de l'importance de la déficience et généralement il aide à entendre certains sons que l'enfant apprend graduellement à interpréter. L'appareil ne sélectionne pas les sons à amplifier ; il augmente l'intensité des bruits autant que de la voix. C'est un phénomène similaire à celui d'un enregistrement au magnétophone où le bruit des chaises déplacées ou des blocs qui tombent nous empêche de comprendre ce que dit une personne. La distance entre l'appareil et la source des sons diminue l'amplification. Des sons ou des bruits trop forts peuvent produire une intensité comparable à celle causée par des cris dans un micro. Ces caractéristiques constituent autant de limites à l'efficacité de l'appareil.

L'appareil individuel comprend :

- un microphone placé dans le boîtier, qui capte les sons ;
- un amplificateur, également dans le boîtier, qui augmente l'intensité des sons ;
- un récepteur qui reçoit les sons amplifiés ;
- un embout, ou moule auriculaire, qui, placé dans le trou du pavillon de l'oreille, transmet les sons amplifiés du récepteur à l'oreille ; ou,
- un vibrateur osseux, placé sur l'os derrière l'oreille, qui transmet les ondes sonores par cet os directement à l'oreille interne (s'il n'est pas possible que l'enfant porte un embout) ;
- une ou deux cordes, ou un tube et un crochet, selon le modèle de boîtier.

Il y a deux sortes de boîtier : le contour d'oreille qui se porte autour du pavillon de l'oreille et le boîtier conventionnel qui se porte à la hauteur du thorax dans un support spécial.

Il faut vérifier l'appareil à plusieurs reprises au cours d'une journée. Voici une liste des points à surveiller :

- l'appareil est-il allumé ? Le commutateur doit être à « M » ;
- le volume est-il suffisant ? Les parents ou l'audiologiste pourront préciser l'intensité à laquelle l'appareil devrait fonctionner ;
- si après ces ajustements l'appareil ne fonctionne pas ou mal, il faut vérifier la pile et la remplacer si nécessaire ;
- si la pile n'est pas en cause, vérifier alors l'embout, les cordes ou le tube qui pourraient être fissurés ou coupés. Dans ce cas, il faudra en avertir les parents pour que l'appareil soit réparé.

Il faut protéger l'appareil de l'eau et de la poussière. Le port d'un couvre-tout ou d'un tablier lors d'activités où du matériel humide ou salissant est utilisé est à conseiller.

Rappelons en terminant que la déficience auditive n'est pas toujours facile à dépister chez de jeunes enfants. Le dépistage est une partie importante de l'intervention, sans lequel aucune suite médicale ou autre n'est possible. La section de ce document qui traite des enfants ayant des déficiences du langage et de la parole pourrait être utile à cette fin.

Les déficiences visuelles

Définition

La vision est un processus dans lequel l'œil et le cerveau sont engagés. Le rôle de l'œil est de voir les *choses*, de recevoir l'information visuelle ; celui du cerveau est d'organiser cette information, de l'interpréter. Les déficiences visuelles se rapportent aux capacités de l'œil de voir. Elles sont évaluées à partir de l'acuité visuelle (ou vision centrale : profondeur) et du champ de vision (ou vision périphérique : largeur). On distingue deux catégories de personnes atteintes de déficiences visuelles, selon le degré de leur perte de vision, après correction par des verres ou des lentilles :

Lorsqu'une personne a une acuité visuelle entre 6/21 et 6/61 (son œil voit à 6 décimètres ce que l'œil normal voit à 21 ou à 61 décimètres) ou un champ visuel entre 60° et 5°, elle est dite fonctionnellement voyante.

Lorsqu'une personne n'a pas plus qu'une perception de la forme et du mouvement ou d'une projection lumineuse, elle est dite fonctionnellement aveugle.

Ces définitions permettent de constater qu'il y a de nombreuses variations individuelles chez les personnes qui ont des déficiences visuelles. Tel enfant a une acuité visuelle réduite et ne voit le groupe d'enfants qui jouent dans le carré de sable à environ deux mètres de lui que de façon embrouillée, sans détails. Tel autre a un champ de vision rétréci : il voit très bien les deux enfants qui sont au centre du carré de sable, mais il distingue à peine les formes produites par les silhouettes des enfants qui sont autour.

Notons qu'il est très rare que même une personne fonctionnellement aveugle ne voit pas du tout. Soulignons enfin que le degré de vision est estimé après la correction que peuvent apporter les verres ou les lentilles. C'est donc dire qu'un enfant dont la déficience serait corrigée par le port de verres a besoin de ces verres. Le personnel d'un service de garde pourrait avoir un rôle à jouer dans le dépistage d'une telle déficience, dans les correctifs et dans les suites à y donner.

Les déficiences visuelles

Effets sur le développement

L'enfant ayant une déficience visuelle connaît fondamentalement les mêmes étapes de développement que tout autre enfant. Mais, comme il est plus ou moins privé d'un sens très important pour connaître le monde qui l'entoure, certains aspects de son développement courent des risques plus grands que chez les autres enfants. Comme pour tous les enfants ayant une déficience, les réactions de son entourage, le moment d'apparition et de dépistage et les interventions qui en découlent ont une influence considérable sur le fait que la déficience constitue ou non un handicap.

Le développement moteur, ou de l'habileté à se mouvoir, dépend en partie de la curiosité de l'enfant à atteindre les objets ou les personnes qu'il voit. L'enfant ayant une déficience visuelle a donc souvent une motivation moindre à se déplacer pour explorer son environnement. Certains mouvements sont également appris par imitation : l'enfant tente de répéter ce qu'il voit les autres faire. Là encore, la vision réduite peut avoir une influence négative. C'est aussi la vision qui permet de coordonner les mouvements et de les ajuster à l'environnement. L'enfant qui ne voit pas bien doit apprendre à utiliser ses autres sens et, s'il y a lieu, à interpréter une information visuelle limitée pour apprendre à se mouvoir en sécurité. Tous ces facteurs contribuent assez souvent à un développement de la motricité globale quelque peu ralenti. Une part importante des services spécialisés que reçoivent les personnes qui ont des déficiences de la vue vise justement à développer leur mobilité et leur orientation dans l'espace pour qu'elles puissent se déplacer de façon autonome.

En ce qui concerne la motricité fine, qui a certains liens avec la motricité globale, le type et le degré des déficiences sont des facteurs importants dans son développement. La distance séparant l'œil de la main étant courte, souvent l'enfant qui a un résidu visuel peut s'en servir suffisamment pour développer ses habiletés de motricité fine de façon adéquate. Mais l'effort exigé alors est susceptible d'être supérieur à celui que doivent fournir les autres enfants.

Les enfants ayant une déficience visuelle ont parfois certains comportements moteurs particuliers. Par exemple, ils se déplacent lentement, précautionneusement et parfois avec raideur. Ils courent avec retenue, à moins d'être accompagnés ou d'être rassurés sur l'espace disponible. Certains manifestent assez souvent des comportements d'autostimulation typiques, appelés maniérismes. Ils semblent compenser les stimulations moindres qu'ils reçoivent de leur environne-

ment en se stimulant eux-mêmes. Par exemple, ils se frottent les yeux ou se mettent les doigts dans les yeux pour se donner des sensations lumineuses, ils se frottent, se grattent, se jouent dans les cheveux pour se donner des sensations tactiles. Certains se bercent, sautillent, balancent leur tête ou leurs jambes lorsqu'ils sont assis, recherchant ainsi des sensations kinesthésiques (de mouvement).

Sur le plan cognitif, l'enfant ayant une déficience visuelle a le même potentiel que tout autre. Cependant, comme pour son développement moteur, il doit apprendre à utiliser ses autres sens pour découvrir le monde qui l'entoure, il doit aussi être encouragé à se déplacer pour explorer et connaître cet environnement. Ces facteurs expliquent un certain ralentissement dans le développement intellectuel, qui s'efface cependant peu à peu, à mesure que l'enfant acquiert son autonomie.

Chez l'enfant fonctionnellement aveugle, la principale difficulté cognitive réside dans la formation de l'image mentale. La vision y jouant un rôle capital, l'absence importante de vision entraîne des difficultés dans le développement de certains concepts et dans leur mémorisation. Par exemple, la vision d'un gratte-ciel facilite beaucoup la compréhension de ce que ce mot signifie. L'image mentale que l'on s'en fait après avoir vu des gratte-ciel s'associe au mot et en facilite la mémorisation. Il faudra mettre à contribution le toucher, dans un tel exemple, et par comparaison entre une maquette ou des jouets (maisons et édifices miniatures) et l'expérience que l'enfant peut avoir d'une maison et de sa hauteur perçue dans ses déplacements, il pourra en arriver à déduire le concept de gratte-ciel. Il aura eu besoin de plusieurs informations morcelées plutôt que d'associer beaucoup plus immédiatement la vision d'un tel édifice avec son symbole verbal, comme le font les enfants voyants. L'enfant fonctionnellement voyant se développera donc de la même façon que ces derniers, mais prendra seulement plus de temps à le faire.

Le langage est la grande force de l'enfant ayant une déficience visuelle. L'utilisation très grande et, avec la pratique, souvent très raffinée qu'il fait de son audition favorise le développement et l'usage du langage. Les gens peu familiers avec des personnes qui présentent une insuffisance visuelle sont souvent frappés par cette importance du langage chez elles. Cependant, surtout chez les jeunes enfants, cette abondance du langage masque parfois l'utilisation de mots incompris. L'enfant a alors tendance à répéter des mots entendus dont il ne possède que partiellement le sens ou même pas du tout. Au delà de cette difficulté d'ordre cognitif qui affecte le vocabulaire par ailleurs abondant, le développement est normal ou rapide sur le plan des structures de phrases et de la prononciation. Par contre, les gestes, mimiques ou expressions faciales qui accompagnent le langage étant appris des jeunes enfants lorsqu'ils les voient chez les autres, ils peuvent être absents chez les enfants qui ont une vision faible ou nulle.

La maîtrise du langage rend habituellement très sociables les enfants ayant une déficience de la vue et facilite grandement leur développement social. Ils ont plaisir à converser avec les autres enfants et avec l'adulte et souvent même préfèrent ce type d'activités à celles où ils manipulent des jouets. Curieux, ils posent de nombreuses questions sur les gens qui les entourent et cherchent également à les connaître en utilisant leurs autres sens : toucher, odorat, ouïe. Cependant, les expériences antérieures et les attitudes de l'entourage ont un rôle primordial dans

tous les aspects du développement de l'enfant ayant une déficience visuelle et tout particulièrement dans l'aspect social. La surveillance étroite nécessitée par le problème de mobilité et de sécurité physique exige la présence presque constante d'adultes ce qui favorise les contacts avec ceux-ci. Cette protection nécessaire risque fort de se transformer en surprotection et souvent priver ainsi le jeune enfant de contacts avec d'autres de son âge. À l'âge préscolaire, il est donc fréquent de rencontrer des enfants ayant une déficience visuelle, beaucoup plus à l'aise avec des adultes qu'avec des enfants et peu enclins au partage avec leurs pairs.

Une déficience sévère nuit aussi à la participation à certains jeux collectifs. Par exemple, l'enfant ne comprend pas quand un copain lui demande d'aller chercher le camion «là-bas». Les attitudes et l'intervention de l'adulte qui expliquera aux autres enfants la raison de certains comportements de l'enfant ayant une déficience visuelle sont très importantes. En dépendent souvent l'acceptation de l'enfant par le groupe et sa participation au groupe.

Le développement affectif de l'enfant dépend largement de son développement dans toutes les autres sphères. Son autonomie influence beaucoup sa confiance en lui et sa capacité sociale à son tour améliore sa perception de lui-même. Ici comme ailleurs, les attitudes des autres à son égard sont également importantes.

Les déficiences visuelles

Comment intervenir ?

L'expérience américaine démontre qu'il est possible et souvent très bénéfique d'intégrer de jeunes enfants qui ont des déficiences visuelles dans des services préscolaires réguliers. Cependant, l'intégration n'est pas la seule intervention possible ni nécessairement la meilleure. Il faut d'abord faire l'analyse des besoins ou de la situation, collégialement, avec les différentes personnes concernées, afin de prendre la meilleure décision possible. Ensuite, s'il y a lieu, lorsque la décision d'intégrer l'enfant est prise, il faut tenter de le connaître le mieux possible pour orienter les interventions selon sa façon de fonctionner.

À la période préscolaire, l'enfant n'est pas toujours conscient de sa déficience visuelle. Il la découvre peu à peu à son contact avec les autres. Des attitudes d'acceptation et de réalisme, équilibrées entre l'aide et l'acquisition de l'autonomie, l'aideront beaucoup à se développer sainement.

Dans ses comportements, dans la planification de ses activités, dans la communication de ses directives ou de ses explications, l'éducatrice ou l'éducateur doit se rappeler l'importance des sens autres que la vue pour l'enfant présentant une déficience visuelle, surtout celle de l'ouïe et du toucher. Les activités visant à développer l'ouïe, l'odorat, le toucher, le goût et la mobilité sont bénéfiques et intéressantes pour tous les enfants. L'enfant ayant une déficience de la vue pourra facilement y participer et en profitera grandement. Le matériel Montessori peut être très utile à cette fin et saura inspirer la création de matériel et d'activités.

Étant donné l'importance de l'information sonore, il faut veiller à ce que le niveau de bruit et la variété d'information sonore ne soient pas tels que l'enfant soit incapable de s'y retrouver. À l'inverse, on évitera les longs silences. On doit recourir à un langage clair et précis pour décrire ce qui se passe, ce qu'on attend de l'enfant, son environnement, etc. L'analogie avec une conversation téléphonique peut nous aider à comprendre comment parler à l'enfant. Comme on le fait à un interlocuteur qui ne voit pas ce dont on l'entretient, on décrit à l'enfant, par exemple, le local et son aménagement, sauf qu'on l'amène en même temps à s'y déplacer et à associer ces deux types d'information.

N'oublions pas que, à l'exception des cas extrêmes de cécité totale, l'enfant possède un certain résidu visuel. Il faut l'aider à l'utiliser et à le développer. S'il n'est pas exploité pendant la période préscolaire, ce résidu ne pourra pas être développé à son maximum ultérieurement. Certaines conditions peuvent faciliter son utilisation, dont un bon éclairage. On se le rappellera au moment d'installer l'enfant à une activité. De même, on évitera de se placer à contre-jour pour don-

ner une consigne, raconter une histoire ou mimer une comptine, par exemple. Placer l'enfant près de l'action et l'encourager à manipuler les objets de façon à les voir est une autre bonne façon de favoriser l'utilisation de son résidu visuel.

On peut se servir de matériel conventionnel, mais il est bien indiqué de porter attention aux contrastes des couleurs, des formes et des textures, afin de stimuler l'utilisation du résidu visuel et des autres sens. De même, des images simples sans abondance de détails, aux couleurs franches et bien contrastées seront plus faciles à voir et à interpréter par un enfant ayant une faible vision. Il faut cependant éviter une lumière trop forte qui pourrait éblouir. Cette précaution est indispensable dans certains cas où la lumière peut même produire une sensation douloureuse.

Si l'on veut faciliter l'orientation de l'enfant dans l'espace et ses déplacements, l'aménagement des locaux a une certaine importance. Les suggestions d'organisation de l'espace selon des aires spécifiques d'activités, que nous avons faites dans le chapitre portant sur les principes éducatifs généraux, permettent d'assurer un certain ordre et une certaine stabilité qui aideront l'enfant à repérer le matériel et l'espace à sa disposition.

À l'âge préscolaire, l'enfant ayant une déficience visuelle ne maîtrise pas encore les techniques particulières qui lui permettront éventuellement de s'orienter et de se déplacer de façon autonome. On peut l'aider à les acquérir. Au Québec, il existe deux centres de readaptation dits A.M.E.O. (Aides mécaniques, électroniques et optiques) chargés de l'entraînement en mobilité et orientation. Ils pourront faire de judicieuses suggestions. Outre l'aide d'appareils ou d'instruments comme la canne blanche, il s'agit d'apprendre à l'enfant à se donner ou à utiliser des repères lui venant des différents sens, en particulier de l'ouïe et du toucher. Par exemple :

- lui montrer et lui faire explorer avec ses mains et ses pieds les différents obstacles situés dans le local et dans les corridors qu'il utilise fréquemment : les trois marches pour accéder à la salle de toilette, la fenêtre à côté de laquelle est la cage de l'oiseau, etc. ;
- l'aider à se donner des repères à partir des éléments fixes du local, tels chevalet mural, casiers, fenêtres, portes, armoires : « la fontaine est du côté gauche du lavabo ; le lavabo est entre une porte à droite et le comptoir à gauche, etc. » ;
- l'habituer à placer un bras en avant de lui, à la hauteur de la taille, lorsqu'il se déplace ; à longer les murs en les touchant avec la main du côté du mur, mais légèrement et mollement pour ne pas se blesser dans les cadres de portes ou les portes entrouvertes ; à tenir la rampe de l'escalier, etc. ;
- l'encourager à utiliser tous ses sens dans ses déplacements : « Quand tu es dans le corridor, tu n'entends pas la voix des autres de la même façon que lorsque tu es dans la salle de motricité ; quand tu approches de la salle de bain, tu sens l'odeur du savon ; près du chevalet, tu sens la gouache ; quand tu marches sur le plancher du vestiaire, tu sens une texture molle sous tes pieds, dans la salle de bain, c'est dur. » ;

- lui apprendre à se laisser guider : place légèrement en retrait du guide, comme en tenant la main d'un adulte ou en mettant la main sur l'épaule d'un enfant ;
- et surtout : ne pas tout amener à lui, mais plutôt progressivement l'inciter à se déplacer et à exercer son habileté à le faire au fur et à mesure qu'il la développe.

Il ne faut pas oublier d'enseigner les couleurs aux enfants qui peuvent les percevoir et les discriminer. On doit même sans hésitation les enseigner à ceux qui ne peuvent les voir, en procédant par association. Par exemple, l'herbe est verte, le ciel est bleu quand il fait beau, sa robe préférée est rouge.

Les seules autres interventions particulières qui seront nécessaires sont celles ayant trait au port et à l'entretien des lunettes ou autres appareils, s'il y a lieu. Un jeune enfant encore peu habitué à ses verres et qui ne comprend pas toujours leur utilité peut avoir besoin d'encouragements particuliers. Là comme ailleurs, une action concertée avec les parents peut beaucoup aider.

5

Les déficiences des organes

Définition

Par déficiences des organes on entend les atteintes (maladie, malformation) des organes ou des systèmes organiques vitaux. L'épilepsie, la fibrose kystique, l'asthme, le diabète, les problèmes cardiaques en sont des exemples. Au Québec, on les appelle souvent déficiences organiques et on les associe à celles de type moteur sous le vocable de déficiences physiques.

Comme dans les autres types d'insuffisance on note beaucoup de différences individuelles chez les enfants ayant des déficiences des organes. Il y a, en effet, une grande variété dans les types de problèmes, dans leur gravité et dans leurs manifestations. Les conséquences pour le développement et les implications pour l'intégration varient tout autant. Dans certains cas, la seule adaptation que le service de garde ait à faire est de s'informer sur la maladie de l'enfant pour savoir quoi faire en cas de crise, par exemple en cas de convulsions épileptiques. Dans d'autres cas, il faut porter une attention particulière à certains éléments de prévention. Dans d'autres, enfin, il faut des ajustements plus considérables. Il faut noter que les déficiences des organes se caractérisent souvent par un état instable : maladies évolutives, manifestations occasionnelles, régression ou encore rémission (disparition apparente) entrecoupée d'épisodes de la maladie. Les réactions de l'entourage et de l'enfant ont aussi une influence importante sur le développement de celui-ci. Il est donc difficile d'établir des règles universelles. Nous ferons maintenant une brève revue de quelques déficiences des organes.

L'épilepsie est un désordre neurologique qui se manifeste par des convulsions. Au moment d'une crise, un excès d'énergie se produit soudainement au cerveau. Une interruption de l'activité normale s'ensuit, accompagnée de convulsions. Elle peut ne durer que quelques secondes et se manifester uniquement comme une brève distraction : regard fixe, battements des paupières. C'est ce qu'on appelle «petit mal». L'interruption peut cependant être plus longue (même si elle ne dure habituellement que quelques minutes) et se manifester de façon beaucoup plus dramatique. On l'appelle alors «grand mal». L'enfant peut tomber par terre, perdre connaissance quelques minutes, devenir rigide, avoir des mouvements saccadés des bras, des jambes ou de tout le corps, son visage peut être contracté de spasmes, de la bave ou de l'écume peut lui venir à la bouche, il peut uriner et aller à la selle, respirer de façon irrégulière, devenir pâle ou même bleu.

L'épilepsie a plusieurs causes connues et d'autres qu'on ignore encore. Elle résulte d'un dommage au cerveau, héréditaire ou encore acquis à la suite d'une maladie ou d'un accident survenu avant, après ou à la naissance. L'épilepsie est parfois associée à d'autres problèmes, habituellement de même origine. Par exemple,

et c'est assez souvent le cas, la paralysie cérébrale. Les convulsions peuvent très souvent être contrôlées par un anti-convulsant (médicament), qui provoque parfois de la somnolence chez l'enfant.

La fibrose kystique est une maladie héréditaire des glandes muqueuses. Le mucus, beaucoup plus épais et collant que normalement, entraine des troubles de transpiration, de digestion et de respiration. L'enfant transpire beaucoup et peut ainsi perdre beaucoup trop de sel. Il doit alors compenser cette perte par un surplus de sel dans son alimentation et parfois sous forme de comprimés. De plus la fibrose kystique interfère avec la production par l'organisme des enzymes essentiels à la digestion des aliments. L'enfant atteint de cette déficience doit donc absorber un supplément d'enzymes, habituellement sous forme de médicaments. Au niveau des poumons, le mucus épais et collant nuit aux capacités respiratoires. L'enfant tousse beaucoup, mais il n'est pas contagieux. Il est au contraire plus fragile à attraper les rhumes des autres que susceptible de leur en transmettre. Il doit parfois recevoir des traitements de drainage ou d'inhalothérapie, chez lui ou à l'hôpital.

L'asthme est une maladie respiratoire qui se manifeste par des crises au cours desquelles l'enfant éprouve une difficulté soudaine et parfois très grande à respirer. Pendant une crise, les bronches (qui conduisent l'air aux poumons) se rétrécissent et nuisent ainsi considérablement, d'une part, à l'inspiration de l'oxygène nécessaire à l'organisme et, d'autre part, à l'expiration de certains gaz toxiques. L'asthme étant d'origine allergique, on peut parfois, si la cause de l'allergie est connue, l'éliminer ou tout au moins en éloigner l'enfant, ce qui prévient ou contrôle les crises. Certains traitements médicaux se sont révélés efficaces, mais parfois la cause de l'allergie est inconnue ou irrémédiable et les crises sont alors inévitables.

Diabète est un terme générique qui recouvre différentes maladies. La forme de diabète généralement rencontrée chez les enfants est une déficience de l'organisme à produire de l'insuline, cette hormone qui permet le passage du sucre dans les cellules de l'organisme. Quand l'insuline est insuffisante, l'organisme doit utiliser plus de calories grasses pour produire l'énergie dont il a besoin. Il résulte de ce manque d'insuline une perte d'énergie et une surcharge du système d'élimination des déchets toxiques. L'enfant diabétique a donc besoin d'injections régulières d'insuline et il doit suivre une diète appropriée. Occasionnellement, un déséquilibre se crée dans le taux d'insuline chez l'enfant diabétique. Il faut alors réagir rapidement et adéquatement à cette situation de crise.

Les troubles cardiaques affectent à des intensités diverses et de manières variables la circulation du sang dans l'organisme. La fonction du coeur consiste à pomper le sang à travers une suite de vaisseaux (veines et artères) et de cavités (ventricules) et à en régulariser la circulation au moyen de valves placées entre les cavités. Les vaisseaux sanguins transportent ensuite le sang aux muscles et aux organes pour leur procurer l'énergie nécessaire à l'exercice de leurs fonctions respectives. Les malformations ou les maladies du coeur interfèrent avec son fonctionnement normal et privent ainsi l'organisme d'une partie plus ou moins importante de l'énergie qui lui est nécessaire. Les principales manifestations sont une plus grande fatigabilité, des essoufflements ou une faiblesse généralisée.

Il existe beaucoup d'autres déficiences organiques, par exemple les troubles des reins ou du système sanguin (hémophilie, anémie, etc.). Dans ces cas comme dans ceux décrits plus haut, les parents et les professionnels de la santé qui suivent l'enfant pourront donner au service de garde l'information nécessaire à la compréhension de la situation. Chaque situation étant particulière, l'information spécifique à chacune permettra de connaître les forces et les limites de l'enfant, l'effet sur son développement qu'a pu avoir telle déficience et d'établir, en conséquence, les exigences et l'aide nécessaires à la poursuite de ce développement.

Les déficiences des organes

Effets sur le développement

À l'exception des déficiences sévères qui nuisent au développement de l'enfant l'empêchant d'interagir de façon habituelle avec son environnement, les déficiences organiques n'ont pas d'effet direct sur son développement. Ce sont certains facteurs liés à la déficience plutôt que la déficience elle-même qui peuvent (mais non nécessairement) influencer différemment l'enfant qui en est atteint. Ces facteurs sont la fatigabilité, les traitements médicaux, les épisodes ou crises, les réactions de l'entourage et de l'enfant lui-même à la situation. Nous les examinerons maintenant.

Généralement, l'enfant a moins de résistance et se fatigue plus vite, ce qui se répercute sur le niveau d'attention et sur la participation à certaines activités. En cela les activités vigoureuses peuvent présenter un risque. Elles requièrent une surveillance plus étroite et doivent parfois être même interdites à l'enfant. Ce manque d'endurance peut donc affecter le comportement moteur de l'enfant, le rendant plus maladroit ou encore craintif dans les activités physiques notamment.

Les traitements médicaux sont des expériences désagréables pour l'enfant. Ils occasionnent parfois de la douleur, parfois des séparations fréquentes de la famille et soustraient l'enfant à ses activités normales pour des périodes plus ou moins longues. Certains médicaments ont des effets secondaires qui peuvent modifier le comportement de l'enfant : somnolence, excitabilité, irritabilité, et ainsi ralentir son développement en diminuant ou modifiant les occasions d'apprendre et d'exercer ses habiletés.

En plus des traitements qu'elles nécessitent, les périodes de crises ou d'épisodes de la maladie sont parfois douloureuses et souvent angoissantes. L'entourage a des réactions diverses à cette situation et ces réactions influencent à leur tour celles de l'enfant. Par exemple, certains parents acceptent très mal le problème le rendant ainsi encore plus difficile à accepter pour l'enfant. D'autres développent des craintes excessives et surprotègent l'enfant. Par conséquent, l'enfant est souvent privé d'expériences favorables à son développement.

Enfin, l'enfant lui-même peut avoir des réactions différentes aux divers aspects de la situation. Certains connaissent et acceptent bien leurs limites. D'autres éprouvent du ressentiment ou de l'hostilité qui s'expriment par des comportements d'isolement ou d'agressivité.

La présence plus ou moins importante de ces facteurs et le degré de gravité de la déficience influencent différemment le développement des enfants ayant des

déficiences organiques. L'observation des enfants et les échanges avec les parents et possiblement avec les professionnels concernés permettront de mieux connaître chaque cas particulier.

Si la déficience organique a des effets négatifs sur le développement cognitif, social, émotif ou sur celui du langage de l'enfant, les renseignements et suggestions portant sur les déficiences intellectuelles, les déficiences du langage et de la parole et sur les difficultés d'ordre socio-affectif ou comportemental peuvent être utiles.

Les déficiences des organes

Comment intervenir ?

L'intégration des enfants handicapés dans les services de garde repose sur le principe qu'ils sont d'abord des enfants comme les autres. Cette règle s'applique évidemment à l'enfant susceptible d'être handicapé par une déficience organique. Il a donc tout avantage à être traité le plus possible comme les autres enfants. Des interventions ou des ajustements particuliers sont parfois nécessaires, mais pas toujours. La situation propre de l'enfant est sans doute le meilleur guide d'intervention. Certains aspects méritent cependant considération, soit les soins et la sécurité physiques, et les risques pour le développement de l'enfant.

Les déficiences organiques ont comme caractéristique d'être souvent instables : un problème léger peut s'aggraver tout comme un trouble sévère peut s'améliorer ; certaines déficiences peuvent passer tout à fait inaperçues tout comme se manifester soudainement par une crise. Il est donc indiqué d'exercer une surveillance prudente et de signaler aux parents toute modification dans l'état de santé de l'enfant, de manière à prévenir une crise ou mieux adapter une médication ou une diète, par exemple. Cette surveillance saura également guider les ajustements peut-être temporaires qu'il faudra faire et revoir périodiquement.

Le degré de gravité de la déficience a aussi un impact sur les modifications à apporter éventuellement au mode de fonctionnement habituel du service de garde. De façon générale, moins la déficience est grave, moins il faudra modifier ce fonctionnement, et inversement plus elle est sévère, plus nombreux seront les ajustements à prévoir.

Ainsi, une déficience légère ne constitue pas vraiment un handicap pour l'enfant s'il peut participer aux activités des autres et se conformer aux mêmes exigences. Seule s'impose une attention prudente aux changements qui pourraient se manifester dans les comportements de l'enfant. L'éducatrice ou l'éducateur sera peut-être la première personne à remarquer tel changement dans l'état de l'enfant, qui devrait être rapporté aux parents.

La déficience dite moyenne se manifeste continuellement ou par épisodes ou crises. Une manifestation continue peut prendre diverses formes, une participation moins active à des activités vigoureuses, une plus grande fatigabilité ou certains signes typiques du problème tels que toux, transpiration, mouvements lents ou restreints. Quand la déficience se manifeste plutôt par épisodes, les signes sont temporaires et des modifications ne s'imposent qu'à ces moments. Il peut même arriver que l'enfant ne puisse alors fréquenter le service de garde. S'il le peut, les ajustements consisteront à ajouter une sieste à l'horaire de l'enfant, à lui pré-

senter davantage d'activités calmes, à lui en offrir certaines en remplacement d'autres trop énergiques ou encore à participer au traitement médical en modifiant son alimentation ou en lui administrant une médication. Il en va de même des crises qui sont beaucoup plus brèves que les épisodes, mais qui revêtent par contre un caractère d'urgence. Le principal ajustement consiste alors à être prêt à y réagir rapidement et adéquatement. Le tableau 3 donne des informations à ce sujet.* Entre les épisodes ou les crises, l'enfant peut habituellement participer normalement à la vie du groupe.

Une déficience grave exige une attention considérable et nécessite habituellement des changements au fonctionnement du service de garde : ratio personnel-enfants, participation aux activités ou collaboration étroite avec un ou des professionnels de la santé.

Outre ces interventions reliées aux soins et à la sécurité physiques, une attention particulière au développement social et affectif de l'enfant ayant une déficience organique s'impose parfois. À ce chapitre, les attitudes de l'adulte jouent un rôle de modèle pour l'enfant lui-même tout comme pour les autres enfants. Par une attitude saine, l'adulte acceptera les limites de l'enfant, mais ne les niera pas.

Les renseignements fournis par les parents et l'observation attentive de l'enfant permettront d'identifier ses forces et ses faiblesses et de trouver ainsi le juste milieu entre l'aide et les exigences. L'enfant a besoin, comme tout autre, de se percevoir comme quelqu'un qui a des capacités lui permettant de se réaliser comme un être autonome, mais aussi des limites qu'il doit accepter de façon réaliste. S'il est surprotégé, il ne développera pas son autonomie ; si on ne tient pas compte de ses limites, il aura des échecs qui le décevront. L'enfant a donc besoin pour s'accepter lui-même d'un adulte qui accepte autant ses habiletés et aptitudes que ses limites. Une telle attitude chez l'adulte aura un effet d'entraînement chez les autres enfants et facilitera l'insertion de l'enfant lui-même dans le groupe.

La connaissance de la déficience et la préparation à réagir adéquatement en situation de crise permettront d'en parler calmement, sans fausse pitié et honnêtement avec l'enfant lui-même et avec les autres enfants. On évitera ainsi la panique et l'inquiétude de l'éducatrice ou de l'éducateur comme des autres enfants en sera diminuée.

Tableau 3*

Mesures de prévention et d'urgence relatives aux déficiences organiques

- Établir des mesures d'urgence et de premiers soins à utiliser en tout temps : personnes à rejoindre, numéros de téléphone, autorisations de donner ou faire donner des soins, plan d'action.

- S'il y a lieu, se faire donner un entraînement aux soins d'urgence spécifiques à tel enfant.

- Laisser l'enfant où il se trouve, l'allonger doucement par terre, s'il y a lieu.
- Ne rien mettre dans sa bouche et ne pas limiter ses mouvements.
- Éloigner les meubles ou autres objets qui pourraient le blesser.
- Rassurer l'enfant après la crise et le laisser se reposer. (L'enfant n'a pas connaissance de la crise pendant qu'il la fait et n'éprouve pas de douleur. Mais après, il peut être effrayé lorsqu'il se rend compte qu'il a eu une convulsion.)

- Désinfecter toute plaie.
- Éviter les engelures.
- Toujours avoir quelque chose de sucré à donner à l'enfant, en cas de crise.
- En situation de crise, l'enfant est faible, tremble, transpire, est confus et peut parfois avoir des convulsions.
- S'il est assez alerte, lui faire boire un jus sucré ou lui faire manger du sucre ou du chocolat. Si l'enfant n'est pas assez éveillé pour mâcher et avaler convenablement, ne rien lui donner par la bouche.

- Éviter les coups à la tête, au cou ou à l'abdomen.
- En cas de blessure légère (coupure, égratignure), la pression d'un diachylon serré arrêtera le saignement (qui n'est pas plus abondant, mais qui dure plus longtemps que chez les autres personnes).
- En cas de coupures plus profondes, il faut des soins médicaux. Entretemps, une pression avec un matériel propre et de la glace est nécessaire. Si après une chute ou une blessure à la tête l'enfant se plaint de maux de tête ou de nausées, il a besoin de soins médicaux d'urgence.

- Se faire donner par les parents les directives et médications nécessaires en cas de crise chez l'enfant.

Les déficiences du squelette et de l'appareil de soutien

Définition

Les déficiences du squelette et de l'appareil de soutien nuisent au développement normal des habiletés motrices. C'est pourquoi au Québec on les appelle communément déficiences motrices. Elles peuvent s'observer en des réflexes ou un tonus musculaire anormaux, des mouvements involontaires ou non coordonnés ou une limitation des mouvements. Elles résultent d'anomalies congénitales (malformation ou fonctionnement anormal présent à la naissance), d'accidents ou de maladies entraînant une difformité, un mauvais fonctionnement, une paralysie ou l'absence d'une partie du corps. La paralysie cérébrale, la paralysie, la spina bifida, l'arthrite, la dystrophie musculaire, l'absence, la déformation ou la malformation d'un membre en sont des exemples. Nous en ferons maintenant une brève description pour mieux voir leurs effets possibles sur le développement de l'enfant et orienter les interventions dans le contexte de l'intégration.

La paralysie cérébrale est une lésion au cerveau entraînant un défaut de contrôle des muscles volontaires. Sa gravité dépend de l'importance de la lésion. Ce n'est pas une maladie évolutive, qui augmente avec l'âge, mais comme il n'existe pas de solution médicale pour les dommages au cerveau, il s'agit d'une déficience permanente. Cependant, différents traitements et entraînements peuvent améliorer, parfois considérablement, la condition de l'enfant. Le port de prothèses ou l'utilisation d'appareils (cannes, béquilles, marchette, fauteuil roulant) sont souvent nécessaires.

La paralysie cérébrale se présente sous différentes formes selon le groupe de muscles contrôlés par la partie du cerveau endommagée. Ainsi, ce sont tantôt les muscles d'une moitié du corps qui sont affectés par une paralysie (hémiplégie) ou une faiblesse (hémiparésie), tantôt ceux des membres inférieurs (paraplégie), ou encore les membres inférieurs et un bras et une main, les quatre membres (quadraplégie) ou les deux côtés du corps, mais davantage les muscles des bras que ceux des jambes (hémiplégie double).

Les muscles peuvent être touchés différemment selon les types de paralysie cérébrale et il n'est pas rare de trouver une combinaison de différents types chez un même enfant. Le tonus musculaire peut parfois être exagéré (hypertonie) et se manifester par de la rigidité, rendant par exemple les bras et les mains très crispés et très tendus, et par de la spasticité, les muscles se contractant brusquement et involontairement. Cette condition est associée à une diminution des mouvements et à une augmentation des réflexes chez l'enfant. Le tonus musculaire peut par contre être affaibli (hypotonie ou atonie) et se manifester par un ralentisse-

ment des mouvements et une grande difficulté à les exécuter. Parfois encore, on peut observer une incoordination due à un dommage à l'équilibre (ou ataxie) ou bien un désordre des mouvements (ou athétose) qui provoque des mouvements involontaires ou mal coordonnés et différents de ceux que l'enfant cherche à faire.

Le dommage au cerveau affecte toujours les capacités motrices de l'enfant. On en note des conséquences au niveau de la motricité globale et fine, mais souvent aussi sur les muscles actifs dans la parole ou la vision. Il arrive de plus que la lésion au cerveau entraîne d'autres déficiences comme l'épilepsie, des problèmes auditifs ou visuels, ou une déficience intellectuelle. On considère alors que l'enfant a des déficiences multiples. On a l'habitude d'appeler ce genre de condition «multi-handicap». Les parties de ce guide qui traitent de ces autres déficiences donnent des renseignements utiles dans ce cas.

Les causes de la paralysie cérébrale ne sont pas toutes connues. La plupart du temps, la grossesse de la mère fut apparemment normale. Dans certains cas, la rubéole contractée au cours de la grossesse, un accouchement difficile ou une naissance prématurée en sont la cause. Elle peut aussi être acquise pendant l'enfance à la suite d'une blessure au cerveau.

La paralysie, qui résulte d'une déficience de la colonne vertébrale, peut être congénitale (de naissance) ou acquise par maladie ou accident. La colonne vertébrale (ou épine dorsale) est composée d'un certain nombre d'os (vertèbres) troués en leur centre pour former le canal rachidien contenant la moelle épinière et ses enveloppes. La colonne renferme les nerfs qui transmettent les messages du cerveau aux autres parties du corps et des parties du corps au cerveau. La moelle épinière constitue, avec l'encéphale (ensemble des organes situés à l'intérieur du crâne), le système nerveux central. Une malformation ou une blessure qui atteint la moelle ou les nerfs de la colonne affecte, par conséquent, les fonctions du système nerveux central. Il en résulte alors une diminution ou une perte de contrôle des mouvements ou de la sensibilité, selon la gravité de la paralysie. En outre, plus la partie endommagée de la colonne est haute, plus nombreuses sont les parties du corps paralysées, en allant du bas vers le haut du corps. Ainsi, un dommage au bas de l'épine dorsale est susceptible de paralyser les pieds et les jambes (paraplégie) alors qu'une anomalie à la hauteur du cou risque de paralyser les membres inférieurs, le tronc et les bras (quadraplégie).

La spina bifida (mot latin signifiant «épine fendue») est l'une des malformations congénitales de la colonne vertébrale les plus communes. L'une des vertèbres ne s'étant pas fermée au cours de la croissance intra-utérine du bébé, la fissure ainsi créée, plus ou moins importante, a pour conséquence de mal protéger la moelle épinière ou même d'en laisser s'échapper une quantité plus ou moins grande formant alors une protubérance sous forme de kyste à la colonne. Plus la vertèbre mal formée est haute et plus la protubérance est grosse, plus grave est la paralysie qui s'ensuit.

Sous forme bénigne, il peut arriver que la spina bifida passe inaperçue, mais elle est habituellement détectée à la naissance. La chirurgie peut rendre le sac moins visible. Parfois nécessaire afin d'éviter des dommages plus considérables, elle

ne peut cependant remédier à ceux qui sont déjà faits. Cependant, la physiothérapie, le port de prothèses ou l'usage d'appareils peut améliorer considérablement la situation de l'enfant.

La spina bifida entraîne parfois une trop grande production de liquide céphalo-rachidien (liquide dans lequel baignent le cerveau et la moelle épinière). De nos jours, une intervention chirurgicale peut souvent prévenir la trop forte pression que ce surplus de liquide exerce au cerveau et lui éviter ainsi un dommage irréparable. Sinon, la maladie dégénère en hydrocéphalie.

Lorsqu'il y a dommage au cerveau, la spina bifida peut être associée à d'autres déficiences comme l'épilepsie, les déficiences intellectuelles, auditives, visuelles, de la parole ou du langage. L'information sur ces déficiences peut alors être utile.

L'arthrite est une maladie caractérisée par de la raideur, de la sensibilité et de la douleur musculaires causées par l'inflammation d'une ou de plusieurs articulations. Les genoux, les épaules, les hanches, les coudes, les poignets et les articulations des doigts peuvent être atteints. L'arthrite peut être temporaire, et avoir une durée de quelques années, ou au contraire être permanente. Sous certaines formes, elle peut toucher des parties du corps autres que les articulations et même menacer de laisser des séquelles permanentes chez l'enfant. Ainsi, différentes formes d'arthrite attaquent le cœur, la rate, le foie ou même les yeux. C'est notamment le cas de ce qu'on appelait autrefois les «fièvres rhumatismales», qui peuvent entraîner des troubles cardiaques parfois sévères. Contrairement à l'idée généralement répandue, l'arthrite et les autres sortes de rhumatisme ne sont pas des maladies exclusives aux personnes âgées. En effet, même si certaines formes de ces atteintes sont plus fréquentes chez les aînés, elles apparaissent parfois chez les enfants.

L'état de l'enfant arthritique est instable. Certains jours, il éprouve beaucoup de douleur et ses mouvements sont particulièrement difficiles. En d'autres temps, il ne s'aperçoit même pas de sa maladie. À l'intérieur de la même journée, son état peut même varier. Habituellement, ses articulations sont plus raides et plus endolories après une longue inactivité, comme c'est le cas le matin au réveil, puis elles s'assouplissent peu à peu et font moins mal après deux ou trois heures d'activité. Par contre, une activité trop énergique ou trop suivie peut faire enfler l'articulation de nouveau et causer les mêmes problèmes. Par conséquent, en fin de journée ou après une activité intense, l'enfant est susceptible de ne pas bien se sentir.

Actuellement, on ne guérit pas l'arthrite. Cependant, la médication peut diminuer la douleur et l'inflammation. La physiothérapie (traitement par les exercices, la chaleur, etc.) et l'ergothérapie (traitement par le travail manuel), par les divers mouvements qu'elles permettent, aident à maintenir une certaine souplesse des articulations nécessaire au mouvement. Plus rarement, on a aussi recours à la chirurgie.

La dystrophie musculaire regroupe différentes formes de maladie qui ont en commun une dégénérescence progressive des muscles nécessaires à la mobilité et au maintien. Les muscles s'élargissent, s'affaiblissent, deviennent flasques et disparaissent littéralement pour être graduellement remplacés par du gras. L'âge d'apparition, les premiers types de muscles affectés et le rythme d'évolution déterminent la forme de dystrophie et la durée de survie de l'enfant. Il s'agit d'une maladie d'autant plus grave qu'on n'a pas encore trouvé de moyen de la guérir, de l'arrêter ni même de la ralentir.

Chez les jeunes enfants, la forme la plus commune est héréditaire, atteint surtout les garçons et commence à se manifester vers l'âge de deux à six ans. Les muscles qui permettent de marcher et de se tenir debout sont touchés les premiers. Les enfants commencent par avoir de la difficulté à se lever debout lorsqu'ils sont par terre ou assis, puis à monter et descendre les escaliers. Leur démarche devient de plus en plus maladroite. Ils en viennent à avoir besoin de béquilles, de prothèses et finalement d'un fauteuil roulant pour se déplacer. La dégénérescence des muscles se poursuit ainsi pendant dix, quinze ans, jusqu'au décès.

À l'âge de fréquentation d'un service de garde, il est peu probable que l'enfant soit déjà sérieusement dérangé par cette maladie généralement indolore. Il pourrait même arriver que la maladie ne soit pas encore diagnostiquée.

L'absence, la déformation ou la malformation d'un membre sont d'autres causes de difficultés motrices. L'origine peut en être accidentelle ou congénitale. Une maladie, comme le cancer des os par exemple, peut aussi avoir rendu l'amputation nécessaire.

Généralement, ces enfants reçoivent un entraînement (physiothérapie, ergothérapie) pour apprendre à utiliser leur membre déformé ou à compenser par d'autres mouvements les gestes qu'un membre absent les empêche de faire. Très souvent on a également recours à un appareillage quelconque : membre artificiel, appareil orthopédique, fauteuil roulant, etc.

Les déficiences du squelette et de l'appareil de soutien

Effets sur le développement

C'est évidemment sur le plan moteur que l'enfant ayant une déficience du squelette ou de l'appareil de soutien a le développement le plus différent de celui des enfants de son âge. Comme il existe une grande diversité dans la nature et la gravité de ce type de déficience, il existe aussi beaucoup de différences individuelles chez les enfants qui les ont.

Les renseignements donnés ici sont très généraux et, par conséquent, incomplets. L'information fournie par les parents ou les personnes qui connaissent l'enfant est nécessaire pour chaque cas particulier.

Les problèmes de locomotion sont très fréquents. L'apparition des mouvements nécessaires pour marcher, courir, sauter, sautiller, etc., se fait alors plus difficilement et plus tard que chez les autres et est même impossible dans certains cas. Certains enfants ne peuvent se déplacer sans appareil, d'autres le font de façon autonome s'ils ne rencontrent pas d'obstacles importants sur leur chemin. Quelques autres mouvements de motricité globale peuvent être limités, difficiles ou impossibles. Songeons par exemple aux actions de grimper, se rouler, tirer, pousser, etc.

Lorsque la déficience atteint les membres supérieurs, l'enfant éprouve généralement des difficultés à manipuler les objets. Celui dont la déficience est cérébrale a souvent des difficultés avec les mouvements de l'œil ou de la tête. Ainsi, la coordination motrice des deux yeux, de l'œil et de la main peut être affectée et, par conséquent, la manipulation, la préhension des objets, les déplacements et l'orientation dans l'espace. Cet enfant présente souvent plus de problèmes de perception sensorielle et motrice qui se répercutent parfois sur les mouvements de la bouche et de ses parties et sur la parole.

Même si la déficience de l'enfant est permanente, il ne faut pas perdre de vue qu'il évolue. Il acquiert des habiletés motrices nouvelles et continue de développer celles qu'il a, aussi limitées soient-elles.

Les troubles moteurs sont parfois un obstacle important à l'autonomie de l'enfant et par ce biais affectent d'autres aspects de son développement. Mais cette déficience est indirecte et dépend aussi d'autres facteurs comme les réactions de l'entourage et celles de l'enfant lui-même.

Ainsi, on constate un retard intellectuel chez certains enfants qui ont une déficience du squelette ou de l'appareil de soutien. Certaines lésions au cerveau affectent les capacités intellectuelles et expliquent la lenteur parfois observée. Cependant, la plupart du temps, la cause n'est pas là, mais plutôt dans la difficulté que l'enfant rencontre à connaître son propre corps et à s'en servir pour explorer son environnement. Les problèmes moteurs rendent plus difficile cette exploration, nuisent à la perception de certaines parties du corps et empêchent l'enfant d'interagir avec les éléments du monde qui l'entoure aussi facilement que le font la plupart des autres enfants, entraînant parfois un retard du développement intellectuel. Mais il ne faut pas généraliser car de nombreux enfants ayant une déficience de cet ordre ont une intelligence parfaitement normale.

Les réactions de l'entourage jouent également un rôle important. En cherchant à éviter ou à diminuer les problèmes de l'enfant, certaines personnes ont tendance à le surprotéger limitant davantage les expériences déjà difficiles à faire et augmentant ainsi la dépendance de l'enfant. Certains effets secondaires de la déficience, comme le manque de contrôle des mouvements du visage faisant grimacer ou baver l'enfant, amènent des gens à croire qu'il a des réactions différentes des autres enfants et pour ce, à le traiter différemment. Il n'est alors pas étonnant que l'enfant en vienne à se développer différemment. Au contraire, l'enfant a besoin de vivre les mêmes expériences que les autres pour cultiver son intelligence comme eux.

La déficience rendant les mouvements plus difficiles, entraîne souvent une plus grande fatigabilité. Un autre effet indirect sur le développement intellectuel réside en une capacité d'attention parfois réduite. Encore ici, beaucoup de différences individuelles sont liées notamment au type de déficience. Ainsi, les problèmes d'attention et de concentration sont le plus souvent observés chez les enfants qui ont une atteinte cérébrale.

Les enfants qui ont une déficience du squelette et de l'appareil de soutien font des visites et parfois des séjours fréquents dans les services de santé et de réadaptation pendant lesquels ils sont soustraits aux situations habituelles aux enfants de leur âge. Même si plusieurs hôpitaux offrent les services d'éducateurs et d'éducatrices, il demeure que l'enfant hospitalisé ou fréquentant régulièrement l'hôpital ne jouit pas des mêmes conditions que la plupart des autres enfants, ce qui limite également les contacts de l'enfant déficient avec l'environnement normal.

Le développement du langage chez les enfants qui ont une déficience du squelette et de l'appareil de soutien est habituellement normal. Cependant, comme il y a des liens nombreux entre les habiletés intellectuelles, les habiletés sociales et les habiletés langagières, si l'enfant éprouve des difficultés intellectuelles et sociales, il peut arriver qu'il en ait aussi à s'exprimer ou à communiquer par le langage. Par exemple, si ses connaissances et ses expériences sont beaucoup restreintes par des limitations physiques et peut-être amplifiées par des réactions surprotectrices de son entourage, il se peut qu'il ait un vocabulaire peu étendu et qu'il ait moins l'habitude de recourir au langage pour exprimer ses besoins et ses sentiments ou pour entrer en contact avec les autres. Mais on ne peut pas généraliser car certains enfants semblent au contraire compenser leurs limites physiques par de nombreuses et abondantes communications verbales avec autrui.

Les déficiences du squelette et de l'appareil de soutien
Effets sur le développement

Une exception importante doit cependant être signalée quant au développement de la parole, c'est-à-dire l'articulation et la prononciation des sons de la langue. En effet, comme il a été dit plus haut, lorsque les mouvements de la bouche et de ses parties sont en cause, la parole peut être rendue très difficile à acquérir. Plusieurs enfants ayant une paralysie cérébrale ou faciale sont susceptibles de connaître ces difficultés.

La connaissance ou le concept de soi comme personne dans ses différentes dimensions physique, intellectuelle, sociale et affective dépend de sa propre perception de soi grandement influencée par les attitudes des autres envers soi, des personnes qui servent de modèles et des interactions avec l'environnement.

La connaissance de soi passe par la connaissance de son corps. Il en découle un élément très important du concept de soi : l'image du corps, c'est-à-dire la représentation que l'on se fait de son corps à partir de la perception sensorielle et motrice que l'on en a. L'enfant qui a une déficience physique est privé d'habiletés utiles à cette perception. Par exemple, l'enfant insensible des membres inférieurs est limité dans la perception de cette partie de son corps. De plus, il peut être difficile pour l'enfant d'avoir une image positive d'un corps porteur de différences observables entre lui et les autres. Plus ces différences sont visibles, plus leurs répercussions peuvent être importantes, autant sur le concept de soi que dans les relations avec autrui. Tout jeune, l'enfant est peu conscient de ces différences, mais en grandissant, en se connaissant mieux et en connaissant mieux les autres, il est davantage confronté à cette réalité. L'acceptation réaliste des différences de l'enfant par les adultes et par les autres enfants l'aideront grandement à s'accepter lui-même sans nier, diminuer ou grossir ses limites.

Un aspect important de la croissance affective et sociale de l'enfant est son identification à des modèles. Ce processus s'effectue en grande partie par l'imitation de gestes et de mouvements des personnes qui lui servent de modèles. Les limites entraînées par la déficience empêchent l'enfant de satisfaire pleinement ce besoin et sont la source de frustrations parfois difficiles à contenir. L'enfant peut réagir de différentes façons allant de l'isolement à l'hostilité envers les autres, notamment quand ils cherchent à l'aider.

Le développement social et affectif de l'enfant est marqué par l'acquisition progressive de l'autonomie. Les déficiences du squelette et de l'appareil de soutien peuvent parfois constituer des obstacles importants à cette acquisition. Souvent l'enfant est tiraillé entre son désir de faire les choses par lui-même et le plaisir, associé à une certaine dépendance, d'être entouré et choyé. Ses expériences antérieures ont alors une influence importante.

L'habileté à entrer en contact avec les autres est influencée par les différents aspects du développement énumérés jusqu'ici et les influence à son tour. Plus l'enfant aura des habiletés motrices, intellectuelles, langagières et affectives comparables à celles des autres enfants de son âge, meilleures seront ses chances d'avoir un développement social semblable au leur. Inversement, si sa déficience physique est importante et qu'elle limite considérablement son autonomie motrice, elle peut restreindre sa participation à certaines activités. De même, si pour l'une ou l'autre

des diverses raisons énumérées plus haut, l'enfant a une intelligence peu développée, ce facteur peut parfois nuire à certaines activités avec des enfants plus rapides. De plus, si la déficience a des répercussions sur la parole, cette autre limitation rendra difficiles les échanges avec les autres. De la même manière des réactions affectives négatives perturberont les contacts avec les autres. Mais comme nous l'avons déjà dit, tout cela évolue sous l'influence du milieu. C'est un processus dynamique qui dépend aussi beaucoup des expériences antérieures et actuelles de l'enfant. C'est à vivre avec les autres que l'enfant apprend à interagir avec eux.

Les déficiences du squelette et de l'appareil de soutien

Comment intervenir ?

Les principes éducatifs généraux rappelés au début de ce volume s'appliquent également aux enfants ayant une déficience du squelette ou de l'appareil de soutien. Nous nous attarderons maintenant aux interventions associées aux caractéristiques particulières à ce type de déficience.

Ce sont donc les difficultés motrices de l'enfant qui retiendront davantage l'attention. Non pas qu'il n'y ait pas d'interventions possibles sur d'autres aspects, mais plutôt que ces dernières ne sont pas particulières aux enfants qui ont des problèmes moteurs. Au contraire, on préconise leur intégration dans un service de garde pour leur faire profiter des avantages de ces interventions propres à tous les enfants.

Pour favoriser leur mobilité et développer leur autonomie motrice, les enfants ayant une déficience du squelette et de l'appareil de soutien ont généralement besoin d'un appareillage spécial. Dans les interactions quotidiennes avec l'enfant ou pour l'aider à se servir de son appareil, le personnel aura besoin d'en connaître le fonctionnement et l'utilité. Il faudra sans doute consacrer un peu de temps pour s'y familiariser et s'y adapter.

Il existe une grande variété d'équipements susceptibles d'être utilisés temporairement ou de façon plus permanente par l'enfant. Il peut s'agir d'un fauteuil roulant, d'une marchette, d'un chariot sur roulettes, de cannes, de béquilles, d'un membre artificiel tout comme d'appareils de support ou de protection ou encore d'objets adaptés allant du tricycle aux ustensiles. Il n'est pas nécessaire de connaître tous les appareils, mais plutôt de savoir quand et comment enlever ou mettre tel appareil, y placer l'enfant ou l'en sortir. Il importe de savoir également quand et comment l'enfant doit s'en servir. Une partie de l'intervention consiste à encourager l'enfant à utiliser une pièce d'équipement, par exemple un casque protecteur ou un membre artificiel (prothèse).

Les parents de l'enfant, le physiothérapeute ou l'ergothérapeute peuvent donner les informations particulières à l'enfant en ce qui a trait à l'appareillage et au positionnement dont il est question un peu plus loin.

Habituellement, l'enfant en fauteuil roulant éprouve le besoin de se déplacer autrement que dans son fauteuil, souvent au niveau du sol. Il se peut alors qu'il utilise un chariot sur roulettes ressemblant à celui utilisé par les garagistes pour effectuer des réparations sous les voitures. À plat ventre, l'enfant pourra s'y propul-

ser avec les mains. Concurremment différents auxiliaires d'ambulation peuvent lui être d'un grand recours : marchettes, béquilles ou cannes.

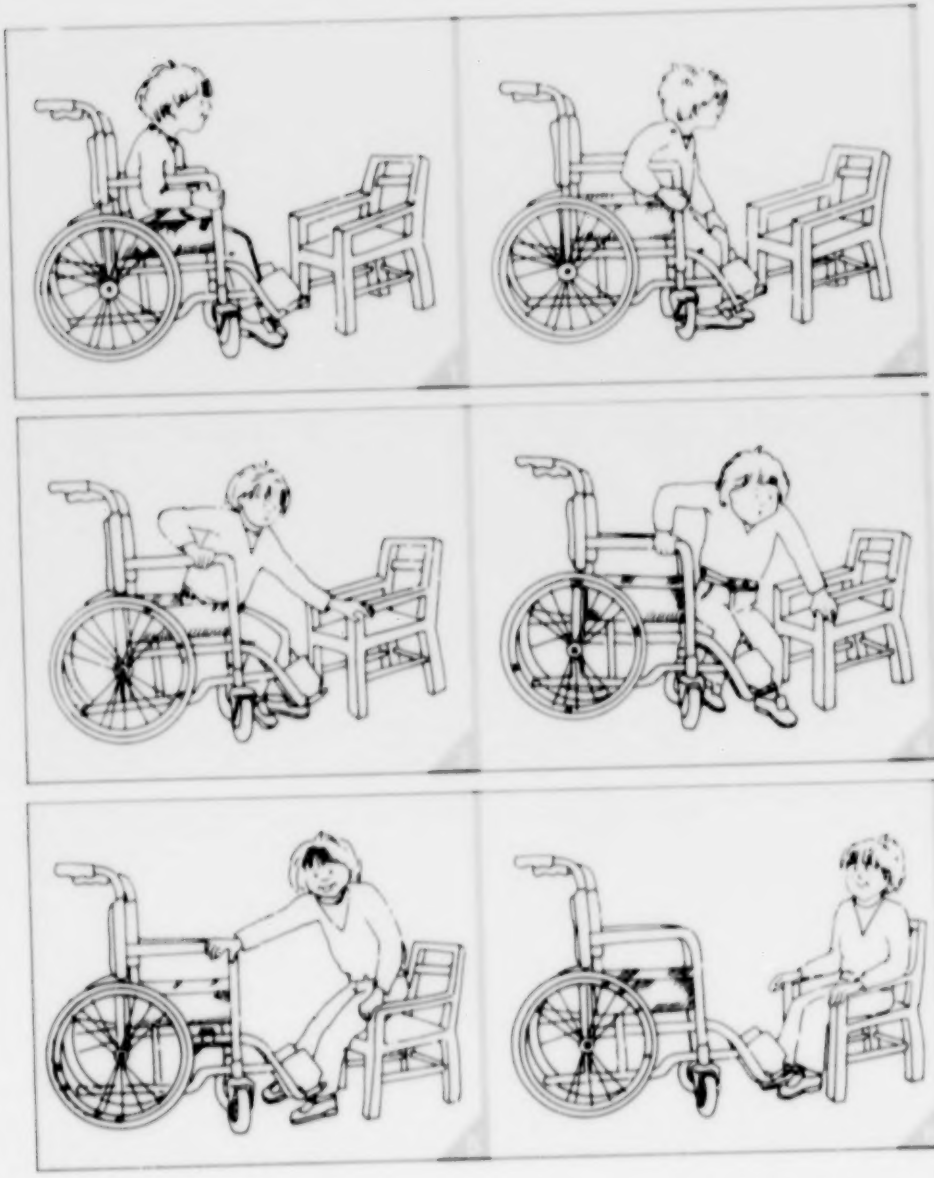
La plupart du temps, l'enfant change naturellement de position, mais il se peut qu'il ait besoin d'aide surtout si certaines parties de son corps sont insensibles. Comme tout le monde, pour assurer une bonne respiration et une bonne circulation du sang, l'enfant a besoin de changer de position de temps à autre tout en conservant une position correcte. Voici quelques points à observer et quelques suggestions à ce sujet.

En position assise, par terre, l'enfant devrait avoir les jambes étendues et légèrement écartées ou repliées du même côté. S'il a besoin de support, on peut l'installer dans un coin, les murs le supportant ; l'adulte peut aussi s'asseoir derrière lui pour le soutenir et même l'aider à bouger ses bras. Une chaise ou un fauteuil dont on aura coupé les pattes peuvent aussi servir de support pendant une activité de groupe, par exemple.

En position assise sur une chaise, il faut s'assurer que l'enfant a les hanches bien fléchies, le dos droit, les pieds à angle droit avec les jambes et que son poids est réparti également sur ses deux fesses. Il se peut que l'enfant ait besoin de se faire placer correctement ou qu'il ait besoin d'une aide additionnelle, qu'il s'agisse de lui ajuster une ceinture aux hanches ou encore de l'installer dans un fauteuil (siège avec des bras) si ce n'est dans son fauteuil roulant pour empêcher son mauvais équilibre de le faire tomber. L'enfant en fauteuil roulant ne devrait pas y demeurer constamment. La figure 1 illustre une technique fréquemment utilisée pour le déplacement du fauteuil roulant à un fauteuil ordinaire.

Les parents ou les spécialistes pourront donner des conseils judicieux pour le maniement commode et sécuritaire du fauteuil roulant tant pour le personnel que pour l'enfant. Il est fort probable que le personnel ait à déplacer l'enfant du fauteuil aux toilettes ou autre. Dans ce cas, il est important pour le confort et la sécurité, autant des intervenants que de l'enfant, de prendre l'habitude de bien le faire. Une démonstration et des conseils pratiques, venant de spécialistes ou de parents, sont une excellente façon de rassurer les membres du personnel. Ceux-ci devraient pouvoir pratiquer, à deux ou trois, la montée, la descente d'un petit escalier et du trottoir, le transfert du fauteuil à un autre siège, etc., avant l'arrivée de l'enfant. La Croix-Rouge ou un organisme de promotion pourrait vous aider à vous procurer un fauteuil roulant à cette fin.

Figure 1°



En position assise à une table ou autre meuble, l'enfant devrait avoir ses pieds sous la table, le bac à sable ou le lavabo. S'il peut s'asseoir à une chaise ordinaire, cela ne cause aucun problème, mais s'il doit s'asseoir dans un siège à bras ou dans son fauteuil roulant, il est probable que le meuble soit trop bas pour y glisser le fauteuil. Il faudra alors apporter des modifications au mobilier (voir suggestions plus bas).

Comme tous les jeunes enfants, celui qui a une déficience du squelette ou de l'appareil de soutien aime jouer par terre. Lorsqu'il lui est difficile de s'y asseoir ou qu'il est fatigué, il peut se coucher pour jouer. On peut alors l'installer à plat ventre, un coussin en forme de triangle ou de rouleau placé sous sa poitrine, laissant ainsi ses mains libres pour jouer sur le plancher ou dans le carré de sable, par exemple. Dans certains cas, l'ergothérapeute ou le physiothérapeute pourrait suggérer un plan incliné auquel l'enfant est attaché par une ceinture pour l'empêcher d'en glisser. Il peut également être couché sur le côté, maintenu par des coussins ou un oreiller.

Les changements de position de l'enfant lui sont salutaires pour son confort, mais l'amènent également à une meilleure connaissance de son corps.

Une partie plus indirecte, mais tout aussi importante à l'intervention, concerne les modifications nécessaires ou utiles à apporter à l'aménagement et à l'équipement du service de garde.

L'enfant qui se déplace en chaise roulante ou à l'aide d'une marchette, de béquilles ou de cannes a besoin de plus d'espace pour se déplacer, s'asseoir ou s'installer par terre pour jouer. Il faut en tenir compte dans l'aménagement des locaux, notamment dans les espaces de circulation. L'installation de rampe, là où il y a des escaliers, peut s'avérer nécessaire. Les portes doivent être assez larges pour laisser passer le fauteuil, ce qui ne pose habituellement pas de problème pour un petit fauteuil d'enfant. Dans les salles de toilette, des barres de soutien peuvent aussi être requises. Les suggestions des parents et des spécialistes sont toujours utiles à ce sujet.

Il faudra porter attention à certains types de jouets et aux espaces réservés à certains jeux pour éviter que l'enfant qui a un mauvais équilibre n'y trébuche. Ainsi, les cordes de certains jouets peuvent s'accrocher aux pattes des cannes ou s'emmêler dans les roues d'un fauteuil.

L'enfant qui a des problèmes moteurs ressent plus facilement la fatigue ; les périodes de repos ordinaires peuvent être pour lui insuffisantes ; pouvoir en plus se retirer dans un endroit calme pour s'y reposer lui serait bénéfique. Celui qui ne peut contrôler sa vessie ou ses sphincters se sentira différent des autres à l'âge où ces derniers ne portent plus de couches. Un endroit discret pour changer l'enfant à l'abri des regards facilitera grandement les choses.

Il faudra aussi vérifier l'accessibilité du mobilier et l'adapter au besoin, au moins en partie. L'enfant doit avoir suffisamment d'espace pour se déplacer de son fauteuil aux chaises, s'il y a lieu, ou pour ranger ses béquilles ou autre appareil

lorsqu'il s'installe à une table, par exemple. Les tables, lavabo, bac à sable ou à eau, chevalet, etc., devraient être assez hauts pour pouvoir y glisser dessous un fauteuil roulant ou autre siège si c'est le cas. Sinon, des adaptations sont à prévoir : rallonger des pattes ajustables, poser des pattes plus hautes, enlever une bordure et un tiroir gênants ou fixer solidement des blocs sous les pattes, etc. Si de telles modifications ne sont pas possibles, d'autres changements peuvent être envisagés : par exemple, remplacer le bac à eau par un plat à vaisselle placé sur une table plus haute, couper les pattes d'une chaise haute à la même hauteur que celles d'une chaise ordinaire pour poser sur la tablette les objets dont l'enfant a besoin, etc.

Le choix des solutions devrait aller, par ordre de préférence, des plus proches de la situation des autres enfants aux plus éloignées. Ainsi, comme dernier choix, on utilisera le plateau qui se glisse sur les bras du fauteuil roulant pour remplacer une table inaccessible.

La plupart des activités et du matériel de jeu n'ont besoin que de légères modifications pour être accessibles et profitables à l'enfant sans pour autant déranger les autres.

Le choix de l'endroit où placer une activité ou une aire d'activités, guidé par l'accessibilité et le positionnement, l'ajout de matériel plus facile à manipuler pour l'enfant qui a des problèmes de préhension sont des modèles de modifications à apporter au matériel déjà existant. Par exemple, de gros ballons de plage s'attrapent plus facilement que des ballons ordinaires. Des pièces de casse-tête plus grosses ou munies de chevilles de bois sont aussi plus faciles à encastrer. On peut fixer des bobines de fil, des chevilles ou des goujons de bois aux pièces de vieux casse-tête. Des rouleaux de papier de toilette coupés en rondelles et des bobines de fil remplacent les petites perles et s'enfilent plus aisément. Pour certaines pièces, c'est la pesanteur qui les rend plus faciles à manipuler : il peut suffire d'ajouter un poids à un landeau de poupée ou à une voiturette, ou d'avoir un gros ballon de cuir que l'enfant peut pousser sans en perdre l'accès.

Les activités favorisant la mobilité et la motricité fine sont particulièrement bénéfiques à l'enfant. Moyennant des corrections mineures, la plupart lui seront accessibles. Un enfant peu mobile se désintéressera vite de jouets qui sont hors de sa portée à la première poussée. Outre les exemples donnés plus haut, on peut aussi attacher certaines pièces à des élastiques ou à des cordes permettant ainsi à l'enfant de les ramener (petites autos, balles de caoutchouc, personnages, etc.). Celui qui a un mauvais contrôle de ses mouvements a tendance à déplacer inutilement certains objets. Des trucs pour les immobiliser lui faciliteront la tâche (morceau de toile de caoutchouc sous les casse-tête, ventouses ou linge humide sous les plats, papier collant sous les feuilles à dessin, etc.). L'enfant qui a une préhension difficile a besoin qu'on lui facilite la tâche avec des objets plus gros : grandes feuilles de papier, gros crayons, gros pinceaux (ou crayons qu'on aura grossis avec une pièce triangulaire vendue à cet effet et pinceaux dont on aura grossi le manche en y ajoutant un bâton), etc. Parfois, seulement un changement de plan peut aider : par exemple, dessiner au chevalet ou peindre à une table.

Mais il ne faut pas oublier que l'ensemble des activités est nécessaire à l'enfant, c'est pourquoi son intégration au service de garde est souhaitée. Le contact avec les autres enfants, la rencontre d'autres adultes, les défis et les plaisirs de la vie de groupe, les jeux et les activités d'enfants de son âge lui profiteront. Dans toutes ces circonstances, on tentera de les lui faire vivre le plus possible comme les autres enfants.

Auprès des autres enfants, les interventions consistent d'abord à les informer simplement, mais exactement des particularités de l'enfant ayant une déficience et si possible à les préparer à l'arrivée de celui-ci. On peut utiliser des histoires, des photos ou encore une poupée pour expliquer la déficience de l'enfant. Laisser les enfants voir, toucher et manipuler les appareils ou essayer le fauteuil roulant aidera à les démythifier. Cependant, cette exploration doit être temporaire car les enfants doivent comprendre que les appareils sont personnels et sont à l'usage exclusif de l'enfant et qu'ils sont indispensables pour lui.

Les difficultés graves d'ordre socio-affectif ou comportemental

Définition

Ce chapitre aborde l'intervention dans le contexte de l'intégration d'enfants qui ont de graves difficultés d'ordre socio-affectif ou comportemental. Ces enfants se caractérisent généralement par une rupture abrupte, un retard ou un ralentissement dans le développement et le maintien des relations avec les autres et dans l'acquisition d'une image de soi adéquate et positive.

L'Organisation mondiale de la santé qualifie ces problèmes «d'autres déficiences du psychisme». Il est extrêmement rare que l'on pose un diagnostic indiquant une telle déficience chez un jeune enfant. Cependant, les problèmes mineurs ou plus importants, mais temporaires, sont fréquents et normaux pendant cette période de croissance et constituent souvent des défis considérables pour les adultes qui ont soin de jeunes enfants.

Les éducatrices et les éducateurs peuvent jouer un important rôle de prévention de troubles plus sérieux ou plus durables. Ce chapitre peut les aider en ce sens, même s'il est davantage orienté vers les rares situations où les services de garde ont à intégrer des enfants ayant réellement des problèmes graves d'ordre socio-affectif ou comportemental.

Les difficultés graves d'ordre socio-affectif ou comportemental

Manifestations et effets sur le développement

Les difficultés d'ordre socio-affectif sont très variées, c'est pourquoi il est difficile d'en donner une définition précise. C'est par le biais de leurs manifestations et de leurs effets que l'on en dégagera plutôt une description.

Les enfants auxquels nous nous intéressons dans ce chapitre ont généralement des difficultés persistantes :

- à échanger et à agir de façon réciproque avec les autres. Paul s'accapare tous les camions et n'accepte pas qu'un autre enfant en prenne ; Sophie se laisse arracher le casse-tête qu'elle est en train de faire sans manifester qu'elle est lésée ;

- à identifier et à exprimer adéquatement leurs sentiments. D'un côté, Geneviève devient très excitée lorsqu'elle est contente et se met à sauter, à crier en lançant dans toutes les directions tout ce qui lui tombe sous la main, de l'autre, Antoine ne semble pas avoir d'émotion, il ne parle à peu près pas, ne rit et ne pleure jamais ;

- à maîtriser de nouvelles habiletés et à développer leur confiance en eux-mêmes. Marie-Hélène refuse systématiquement de participer à quelque activité nouvelle que ce soit, en affirmant qu'elle est incapable de le faire ;

- à demander et à accepter l'aide de quelqu'un. Certains enfants ayant des problèmes émotifs acceptent difficilement de dépendre des autres. Ainsi, Charles déchire le bricolage qu'il est en train de faire plutôt que de demander l'aide de l'éducatrice ou de l'éducateur pour le faire tenir.

Ces difficultés s'extériorisent par des comportements qui varient d'intensité et de fréquence et qui diffèrent d'un enfant à l'autre. Ils se manifestent généralement par :

- le retrait et l'isolement des autres ;

- des gestes de peur et de dépendance : pleurer, s'accrocher à l'adulte ;

- des gestes agressifs : crises de colère, coups sur les autres ;

- des comportements physiques inappropriés : se frapper, se masturber.

Ces comportements apparaissent occasionnellement ou temporairement chez la plupart des enfants. L'enfant qui fait une colère une fois de temps à autre dans des circonstances particulièrement frustrantes ne peut être considéré comme un enfant ayant une grave difficulté d'ordre socio-affectif. C'est la fréquence des comportements et les circonstances dans lesquelles ils se manifestent qui font la différence. Accidentellement, des circonstances ou des périodes difficiles de la vie de l'enfant favorisent l'apparition de tels comportements. L'entrée à la garderie, le départ d'un ami, d'une éducatrice, un événement marquant dans la famille constituent de telles occasions. La plupart du temps, avec le support et la compréhension des adultes, le problème se résorbe peu à peu. Il ne faut donc pas s'en inquiéter trop vite. Dans de tels cas fréquemment rencontrés au cours des années préscolaires, les gestes et les attitudes des adultes sont très importants ; ils font parfois la différence entre un problème temporaire et une difficulté permanente. Agir adéquatement, c'est alors prévenir des problèmes plus sérieux. Dans cette perspective, les conseils donnés dans ce chapitre s'appliquent au moins partiellement à des enfants qui éprouvent une difficulté émotive mineure et temporaire. Si un problème persiste, il faut demander de l'aide.

Tous les enfants aiment s'isoler des autres de temps en temps. Si par contre l'isolement se fait de façon presque systématique, il devient le comportement caractéristique de certains rares enfants. Ils semblent craindre le contact avec les autres qu'ils observent beaucoup, mais qu'ils n'aiment pas voir près d'eux ni agir avec eux. Ils jouent la plupart du temps seuls, en faisant de rares mouvements et en occupant peu d'espace. Ils ont généralement un coin préféré d'où ils ne bougent à peu près pas et une situation nouvelle leur fait beaucoup peur. Ils s'expriment par un sourire effacé, des pleurs silencieux et en parlant peu ou d'une voix parfois à peine audible. Certains sucent très fréquemment leurs doigts et traînent partout un objet fétiche. C'est souvent chez eux qu'on rencontre des gestes comme se bercer ou se masturber.

Le développement cognitif de ces enfants est habituellement normal. Ils apprennent beaucoup en observant et en écoutant les autres. Mais il est parfois difficile de connaître leurs habiletés étant donné qu'ils participent et s'expriment peu. Généralement, ils sont capables de beaucoup plus qu'il n'en paraît.

Sur le plan moteur, on constate le même type de comportement. Comme ils bougent très peu ou alors par des mouvements très restreints et très courts, ils paraissent peu développés. Mais quand on les observe attentivement, ils semblent malgré tout avoir un développement normal de la motricité globale et fine.

Les relations avec les autres sont leur problème majeur. Ils se sentent incapables, incompétents par rapport aux autres qu'ils observent souvent d'un œil admirateur. Plutôt que d'expérimenter l'échec, ils se retirent et s'inventent une protection en ne se mêlant pas aux activités des autres : même à jouer seuls on s'aperçoit qu'ils imitent souvent très fidèlement les gestes des autres. Bien qu'ils entrent très peu en contact avec l'adulte, ils cherchent beaucoup à lui plaire, ils le sui-

vent intensément du regard, ils rangent et nettoient méticuleusement. En conséquence, il est souvent difficile pour eux de se détacher de leurs parents ou d'une éducatrice qui quitte la salle.

Tous les enfants traversent des périodes où ils éprouvent des peurs. La plupart du temps ils apprennent à les maîtriser et à les exprimer avec l'aide des autres ou à travers leurs activités, les jeux de rôles entre autres. Chez quelques uns cela peut prendre la forme d'une phobie, c'est-à-dire la crainte d'un objet, d'un lieu, d'un animal ou d'une situation particulière, comme la peur de l'aspirateur, des ascenseurs, des chiens ou des visites chez le médecin. Chez d'autres, cela se généralise à toutes les situations qui paraissent présenter quelque danger. Ce comportement est habituellement temporaire, mais chez certains enfants il prend des proportions telles qu'ils ne peuvent fonctionner normalement.

Les enfants vivant avec une telle anxiété la manifestent de différentes façons. Certains peuvent se retirer et s'isoler du groupe, d'autres devenir plutôt agressifs ou encore hyperactifs. Certains autres adoptent un peu tous ces comportements et sont, par conséquent, très déroutants.

Les enfants craintifs pleurent facilement pour le moindre petit bobo et comme leur anxiété les rend souvent maladroits, cela risque d'être fréquent. Ils sont généralement de grands perfectionnistes qui veulent tout faire très bien et craignent constamment de se tromper. Un culte exagéré de la propreté fait aussi partie de leurs attitudes, ils ont tendance alors à se tenir loin des activités salissantes.

Sur le plan cognitif, ils savent comment les choses fonctionnent à force d'observer comment les autres s'y prennent. Parfois leurs craintes limitent suffisamment leurs efforts pour ralentir la maîtrise de certaines habiletés ; leur désir exagéré de bien faire les amène certaines fois à avoir la pensée à ce point confuse qu'ils oublient tout des étapes ou des règles d'un jeu.

Ils sont souvent de grands utilisateurs de la parole, surtout pour parler de leurs inquiétudes. Leur langage abondant est habituellement bien développé mais dans des situations difficiles, il leur arrive de s'exprimer confusément. On ne trouve évidemment pas ces grands parleurs chez ceux qui expriment leurs craintes par le retrait et l'isolement. Par contre, certains enfants craintifs qui parlent habituellement beaucoup deviennent terrorisés dans certaines situations et semblent alors incapables de parler. Ils font plutôt des gestes et jettent des regards implorants en pleurant ou en criant.

Sur le plan social, les enfants craintifs ont tendance à se tenir loin des autres enfants pour plutôt les observer avec intérêt en commentant leurs activités, en leur donnant des conseils de prudence ou en leur prédisant des malheurs. Si les autres font quelque chose qui leur fait peur (comme outrepasser ce qu'il est permis de faire, faire preuve d'une audace quelconque), souvent ils se tourneront vers l'adulte pour qu'il intervienne. Mais, dans des périodes plus calmes où ils semblent plus rassurés, bien des enfants craintifs se mêlent normalement aux autres enfants. D'autre part, ils ont tendance à se faire rassurer constamment par les adultes et deviennent ainsi très dépendants d'eux. Mais ce n'est pas toujours le cas.

Ces enfants manquent énormément de confiance en leurs capacités personnelles, ce qui se traduit souvent par beaucoup d'hésitation avant de s'engager dans une nouvelle activité et une grande préoccupation du jugement que les autres portent à leur égard. Ils sont, par conséquent, très sensibles à la critique et apprécient généralement beaucoup plus les compliments.

Sur le plan moteur, ces enfants ont habituellement un développement normal. Cependant, leur nervosité et leur timidité les empêchent de s'engager à fond dans les activités physiques. Ils y sont donc souvent tendus et maladroits. Parfois un tremblement de leurs mains dans les mouvements de motricité fine les rend malhabiles dans la manipulation des pièces de casse-tête ou de jeux de construction, par exemple.

De tous les problèmes émotifs, ce sont probablement ceux des enfants agressifs qui inquiètent le plus les éducatrices et les éducateurs. Contrairement aux enfants isolés ou craintifs, les enfants agressifs ont des comportements parfois très spectaculaires qui dérangent beaucoup les adultes et les enfants, ce qui les place souvent au centre de tant de préoccupations.

Dans ce cas comme dans les autres cas de manifestations émotives, il faut cependant faire attention de trop dramatiser. Certains enfants sont plus irritables que d'autres et se fâchent plus souvent. D'autres le font rarement, mais lorsqu'ils expriment leur colère, c'est avec beaucoup de vigueur. Tant que cela demeure occasionnel et relativement proportionnel aux motifs des réactions agressives, on peut le considérer normal sans que ce soit nécessairement «acceptable». Les enfants qui ont une difficulté socio-affective grave se manifestant par de l'agressivité sont ceux dont les comportements typiques sont agressifs. Ces enfants ne tolèrent pas ou peu que les objets ou les personnes ne réagissent pas comme ils le souhaitent. Leur façon de le communiquer est généralement par l'agression physique parfois accompagnée d'agression verbale.

La plupart des enfants agressifs ont un développement cognitif normal pour leur âge. La majorité d'entre eux apprécient les activités faisant appel à leurs habiletés cognitives. Cependant, ils ont souvent tendance à manquer de concentration et de confiance en leurs capacités, ce qui se manifeste par des changements fréquents d'activité, par un arrêt brusque dès qu'une difficulté se présente, souvent accompagné de gestes de colère (lancer le bloc qui ne veut pas s'emboîter, peinturer le pantalon du voisin, etc.).

Le développement du langage des enfants agressifs est souvent comparable à celui des autres enfants de leur âge. Ils l'utilisent adéquatement pour dire ce qu'ils veulent et ressentent, notamment leur hostilité. Mais certains d'entre eux parlent peu et c'est probablement pour cette raison qu'ils s'expriment davantage physiquement.

Les enfants agressifs s'intéressent généralement beaucoup aux activités de motricité globale et y sont habituellement très habiles, mais leur audace les rend souvent imprudents et demande une bonne surveillance. Par contre, même si leur habileté en motricité fine est normale pour leur âge, la patience requise pour ce genre d'activités risque d'ajouter une difficulté importante pour eux.

Ils ont beaucoup de difficulté à entrer en relation avec les autres enfants et ont tendance à être exigeants, autoritaires et méfiants envers les autres. Bien qu'ils semblent souhaiter vivement avoir des amis, leurs revirements soudains et la fréquente violence de leurs gestes éloignent ces derniers qui cherchent même à les exclure de leur groupe. Une telle attitude a malheureusement pour effet d'augmenter l'hostilité et la méfiance de l'enfant agressif.

Sous ces allures d'extrême affirmation de soi se cache habituellement une perception très négative de soi. Ils camouflent généralement sous leurs comportements hostiles et colériques de forts sentiments de crainte, de vulnérabilité et d'infériorité. Malgré les apparences, ils se méfient non seulement des autres, mais aussi d'eux-mêmes, particulièrement de leurs propres comportements agressifs. Ils ont donc besoin d'être rassurés sur eux-mêmes et sur les autres.

Tous les enfants ont des moments d'activité intense où toute leur énergie est mise à contribution et paraît inépuisable, ce qui se produit généralement dans des circonstances où ils sont très excités par une activité, un jouet ou des visiteurs. Ce genre de comportement n'est pas exceptionnel, il est même caractéristique des jeunes enfants. Cependant, chez la plupart de ceux ci, des périodes et des comportements plus calmes sont également observés.

Chez ceux qu'on décrit comme étant hyperactifs, l'excitation et l'agitation sont des comportements typiques qui se manifestent même dans des situations ne produisant pas cet effet chez les autres. Il s'agit d'enfants toujours en mouvement qui ont beaucoup de difficulté à rester tranquilles pour attendre leur tour, écouter une explication ou se concentrer sur une activité calme.

Les experts ne s'entendent pas sur les causes de l'hyperactivité, à savoir si elle est d'origine physique ou émotive. Certains considèrent qu'il s'agit d'une déficience, mais ce genre de diagnostic est de moins en moins accepté. Les récents textes du ministère de l'Éducation du Québec refusent carrément d'assimiler ce problème à une déficience. Il faut donc être très prudent avant de poser un jugement ou d'accepter celui des spécialistes. Nous retenons ici l'expression uniquement parce que ce terme est parfois employé et en traitons dans le but d'aider les éducatrices et les éducateurs à intervenir auprès de tout enfant «très actif».

C'est dans leurs rares moments de calme qu'on peut constater que les enfants hyperactifs ont des capacités intellectuelles plus grandes que ne le laissent soupçonner leur très bas niveau d'attention et leur concentration très courte sur une même activité. Ces difficultés entraînent d'ailleurs souvent un certain retard dans le développement de leurs habiletés d'ordre cognitif.

Ils comprennent généralement bien le langage et peuvent parler adéquatement. Cependant, leur manque de concentration et l'impression d'être trop pressés pour s'expliquer longuement les amènent à parler de façon décousue et peu élaborée. La plupart du temps ils s'expriment beaucoup plus physiquement que verbalement.

Les enfants hyperactifs aiment beaucoup les activités de motricité globale : grimper, sauter, courir, etc. Ils y sont souvent habiles, leur difficulté réside plutôt

dans la manière d'utiliser cette habileté. Par contre, ils rencontrent parfois des difficultés avec la motricité fine qui demande plus d'attention et de concentration. Certains spécialistes croient que les enfants hyperactifs présentent parfois des problèmes de perception et de coordination qui, avec le manque d'attention et de concentration, pourraient expliquer le grand nombre de petits accidents qu'ils ont (se cogner contre une porte, trébucher contre un jouet, renverser leur verre, etc.).

Les enfants hyperactifs ne semblent pas avoir une très haute opinion de leur personne. Ils sont conscients de leur manque de contrôle d'eux-mêmes et en paraissent inquiets. Leur comportement instable les amène à une gamme de réactions extrêmes allant du fou rire aux larmes en très peu de temps. Ils sont très ennuyés par les nombreux petits accidents et incidents dont ils sont responsables et qui rendent leurs relations avec les autres enfants parfois difficiles.

De plus, ils ont de la difficulté à avoir de bons contacts avec les autres, leur instabilité et leur manque de concentration les empêchant de rester dans un groupe pour plus qu'un court laps de temps. Leur difficulté à attendre leur tour, leurs brusques changements d'humeur les éloignent aussi des autres dont ils souhaitent pourtant l'amitié. Leur désir de plaire et leur attitude coopérative fourniront à l'adulte l'occasion de les aider à mieux se contrôler et, par conséquent, à mieux s'accepter et à être acceptés des autres.

Les problèmes psychiques les plus graves rencontrés chez les jeunes enfants sont sans doute ceux qui affectent sérieusement leur sens de la réalité. Pour décrire ces difficultés variant en intensité et en gravité, mais ayant toutes en commun une perception déformée de la réalité, les spécialistes utilisent différents termes : psychose, schizophrénie infantile, développement atypique, autisme. Nous sommes vraisemblablement en présence ici d'une déficience réelle, mais dont les causes ne sont pas claires. Certains enfants semblent nés ainsi, d'autres ont été perturbés par des événements bouleversants. Des problèmes physiques ou neurologiques y joueraient un rôle important, croit-on de plus en plus, surtout dans le cas de l'autisme.

À tous les points de vue, les enfants ayant ce type de déficience ont un développement bizarre. Ils sont parfois en retard sur tous les plans, mais dans la plupart des cas, ils ont un développement très inégal. Par exemple, Richard est très habile sur le plan moteur, mais ne parle jamais ; Élise a commencé à parler correctement très jeune, mais parle seule en soliloque et paraît incapable de le faire pour communiquer avec les autres. Généralement, ces enfants n'ont pas un fonctionnement intégré, comme si leur développement se faisait par parties séparées les unes des autres, tel un casse-tête dont les morceaux ne seraient pas rassemblés ou auquel il manque parfois des pièces.

Ils répètent souvent interminablement le même geste ou la même activité, par exemple, se bercer, faire le tour de la salle de jeu, monter, démonter, remonter le même casse-tête. Ce comportement les rend très adroits dans certaines habiletés motrices et cognitives, mais limite grandement leur acquisition d'habiletés

faisant appel à la solution de problèmes et à la créativité. Cependant, certains de ces enfants se plaisent beaucoup à des tâches où ils manipulent les chiffres, les lettres et parfois même des mots.

Ils utilisent leur corps de façon stéréotypée, souvent dans des comportements répétitifs d'autoréconfort ou d'autopunition : se bercer, se masturber, se frapper la tête contre les murs, se mordre, se donner des coups de poing. Ils donnent parfois l'impression d'avoir les sens sous-développés ou au contraire trop développés. Par exemple, ils peuvent sembler insensibles à la chaleur ou au froid et inversement faire grand état d'un petit bobo sans gravité. Ils peuvent paraître complètement sourds aux sons du langage et adorer la musique ou encore réagir très fortement en criant et se bouchant les oreilles quand il y a beaucoup de bruit dans la garderie. Mais généralement ils ont un sens «préféré» duquel ils semblent retirer l'essentiel de leur information et de leur plaisir. Ce sens privilégié est souvent une porte ouverte à la communication avec l'enfant. Par exemple, des activités de musique avec l'enfant qui est sensible aux sons, des jeux d'odeurs avec celui qui est très intéressé par les odeurs (le matériel montessorien peut donner beaucoup d'idées intéressantes à ce sujet).

Généralement, ces enfants parlent très peu ou pas du tout. S'ils apprennent à parler, c'est par imitation et ont de la difficulté à dépasser cette étape, ce qui leur donne souvent un langage «écholalique», c'est-à-dire qu'ils répètent la fin des mots ou des phrases qu'on leur dit, parfois avec la même intonation, parfois sur un ton uniforme. Encore là, certains ont parfois des comportements très particuliers comme réciter par cœur des commerciaux de la télévision, se parler comme à une autre personne en se tutoyant ou en faisant les questions et les réponses.

Leur développement semble le plus en difficulté en ce qui concerne leurs habiletés sociales. Généralement, ils évitent systématiquement les contacts avec les autres enfants, ne leur sourient pas, ne les regardent pas dans les yeux. Ils agissent de la même façon avec les adultes, sauf en certaines occasions, par exemple s'ils ont peur, et peuvent alors s'accrocher à l'adulte. Certains donnent l'impression de ne pas reconnaître les gens et parfois même de ne pas se rendre compte qu'ils sont là. Par contre, d'autres s'attachent très fortement à certaines personnes (habituellement des adultes) et fuient les autres.

La perception d'eux-mêmes qu'ont ces enfants est difficile à connaître, mais il semble évident qu'elle est perturbée. Ils ne semblent pas bien faire la distinction entre eux-mêmes et le reste du monde qui les entoure. Ils semblent parfois se reconnaître en voyant leur photo ou leur reflet dans un miroir et y réagissent habituellement par la tristesse, la confusion ou la colère. Pour eux il semble bien difficile de distinguer le réel de l'imaginaire et ils prennent parfois l'identité d'un personnage, d'un animal ou d'un objet. Ils éprouvent cependant des émotions où se distinguent la peine et la joie.

Les difficultés graves d'ordre socio-affectif ou comportemental

Comment intervenir ?

Il faut agir très délicatement et avec beaucoup de patience avec les enfants qui s'isolent, y mettre beaucoup de temps avant que des progrès ne soient notés. Au début, il se peut que l'enfant ne comprenne pas ce qu'il doit faire. Comme il est difficile d'évaluer ses capacités langagières, on ne sait pas toujours s'il comprend bien les directives verbales. Un contact physique pour attirer son attention, une consigne dite simplement et accompagnée de gestes appropriés pourront l'aider à comprendre et à apprendre ce qu'on attend de lui. Les premiers contacts avec l'adulte et l'enfant pourraient commencer par un rapprochement physique graduel. Par exemple, l'adulte peut s'installer à proximité de l'enfant, avec un jeu simple qu'il réussit habituellement, et se montrer embarrassé par une des choses à faire. Il peut alors demander l'aide de l'enfant. Il y a de fortes chances que l'enfant ne lui réponde pas verbalement, mais possiblement par le geste. Ce genre d'enfant a peu confiance en lui et ne sait pas comment entrer en contact avec les autres. Qu'il réponde ou non à l'approche de l'adulte, il recevra au moins comme information que l'adulte s'intéresse à lui et qu'il le trouve compétent. C'est aussi une occasion pour lui de constater que même l'adulte a parfois besoin d'aide et de voir comment on peut s'y prendre pour en demander. Il faut tenter à la fois de rendre cet enfant plus satisfait de lui-même et lui montrer comment entrer en contact avec les autres. Certains enfants du groupe, particulièrement sociables et délicats envers les autres, sont bien indiqués pour les premières tentatives et il est probable qu'ils prennent eux-mêmes l'initiative. On félicitera et approuvera les réussites tant individuelles que sociales de l'enfant isolé pour l'encourager à continuer, en le faisant d'abord discrètement pour ne pas l'effaroucher.

Une bonne planification, des activités bien organisées, un horaire stable, un aménagement qui permet de bien voir que chaque objet et chaque activité a sa place facilitent l'adaptation d'un enfant craintif. C'est souvent dans des activités nouvelles ou moins encadrées que l'enfant a plus de difficulté. Lui expliquer clairement ce qu'on attend de lui, le rassurer quant à la sécurité et lui rappeler qu'il est capable et que l'on a confiance en ses capacités sont des comportements qui l'aideront en tout temps et surtout dans ces situations. Peu à peu, à mesure de ses progrès, on constatera que l'enfant aura moins besoin de cette attention supplémentaire.

Comme l'enfant agressif cache souvent sa mauvaise perception de lui-même sous des comportements hostiles, l'adulte devrait intervenir le plus souvent possible pour le féliciter de ses réussites personnelles et sociales afin de le protéger de

lui-même et des autres. Les habiletés de motricité globale de l'enfant, par exemple, sont susceptibles de fournir des occasions de lui souligner ses réussites. Lui demander de l'aide pour préparer ces activités (placer du matériel lourd, faire une démonstration d'équipement) lui permet d'être bien vu des autres. Il s'agit là de comportements incompatibles avec ceux qu'on souhaite voir diminuer : encourager les uns, c'est décourager les autres.

En observant bien les situations et contextes où se produisent les épisodes agressifs, l'éducatrice ou l'éducateur parviendra probablement à déceler un certain scénario dans les comportements de l'enfant. Ce qui peut l'aider à mieux le comprendre et à mieux structurer l'environnement du service de garde, diminuant ainsi les occasions d'agressivité. Lui laisser plus de temps pour les activités où il a beaucoup d'énergie à déployer, multiplier les occasions de les pratiquer tout en équilibrant avec des périodes plus calmes peut contribuer à canaliser et contrôler l'expression physique de ses sentiments. On sera bien inspiré de le devancer dans ses manifestations agressives, par exemple, si quelqu'un lui enlève sa place, on lui suggère de lui dire qu'il n'est pas content et pourquoi, avant qu'il n'ait eu le temps de le frapper. Des gestes comme ceux-là peuvent lui faire comprendre que l'adulte accepte qu'il éprouve des sentiments hostiles et lui suggérer une façon adéquate de les exprimer. L'adulte doit souvent agir en médiateur pour suggérer à l'enfant un comportement acceptable pour les autres et en même temps encourager ceux-ci à l'accepter dans leurs jeux. Des modifications mineures ou occasionnelles à l'espace ou au matériel peuvent également aider l'enfant dans sa difficile conquête du contrôle de soi : agrandir l'espace des jeux moteurs, lui donner de plus grandes feuilles de papier pour le dessin, l'installer par terre plutôt que sur une petite table pour dessiner, l'asseoir sur soi ou à côté de soi pendant une causerie ou une chanson, etc.

Les enfants hyperactifs ont besoin d'être bien encadrés. L'éducatrice ou l'éducateur les orienteront vers des tâches de rangement et de préparation de matériel pendant les périodes de transition où ils sont davantage portés à perdre le contrôle. Les conseils donnés au début de ce document pour l'organisation physique du service de garde et pour le programme d'activités sont particulièrement utiles dans le travail avec ce type d'enfant. Il est souhaitable de toujours avoir une activité à proposer à l'enfant. Un encadrement plus suivi l'aidera à acquérir un meilleur contrôle, par exemple en lui rappelant au moment opportun ce qu'il doit faire, clairement, simplement et surtout calmement. Un contact physique aura probablement sur lui un effet apaisant : lui mettre une main sur l'épaule, lui prendre la main, l'asseoir près de soi ou sur ses genoux en lui parlant d'une voix et d'un geste calmants. De telles attitudes sont susceptibles d'être particulièrement utiles dans des périodes d'activités de groupe demandant d'être attentifs et tranquilles. Dans ces situations, il est profitable de faire fréquemment appel ou référence à l'enfant, en le nommant, en demandant sa participation ou simplement en se tournant vers lui. Adopter ce comportement avant même que l'enfant n'agisse incorrectement demande beaucoup de doigté, mais c'est la meilleure façon d'éviter qu'il ne reçoive l'attention de l'adulte uniquement pour des gestes que celui-ci désapprouve.

Les enfants dont le sens de la réalité est perturbé ont des problèmes très graves qui rendent leur intégration très difficile. Il est évident qu'ils ont besoin de services spéciaux et que c'est en complémentarité et avec l'aide de ces services qu'une intégration peut être envisagée. Les autres enfants n'ont habituellement pas de problème à s'habituer aux gestes bizarres et à l'isolement d'un enfant autistique. C'est lorsque celui-ci a des comportements d'auto-agression ou des cris soudains qu'ils ont le plus d'appréhension. Il faut leur en parler et les y préparer. Un ratio adulte-enfants approprié permet de faire face à ce genre de situations lorsqu'elles se présentent. Néanmoins, certains enfants autistiques ont été intégrés avec succès dans des services de garde réguliers, ici même au Québec.

Il existe parfois un lien entre une difficulté socio-affective ou comportementale et certaines déficiences. Il arrive qu'une déficience physique interfère avec le développement normal de l'enfant. Les réactions de l'entourage et le type de soins prodigués à l'enfant peuvent alors être en cause. Cette association se retrouve assez souvent chez des enfants dont les déficiences ont un impact sur leur capacité de communiquer, notamment sur leur langage. Par exemple, un jeune déficient auditif qui a très peu d'habiletés langagières ne peut exprimer ses sentiments et ses désirs par la parole et réagit par le retrait et l'isolement ou par de l'agressivité. C'est aussi le cas de jeunes enfants qui ont une déficience intellectuelle ou des troubles du langage ou de la parole. C'est pourquoi le développement du langage figure parmi les objectifs prioritaires de traitement d'un enfant handicapé. Dans toutes ces situations, l'information ayant trait aux déficiences associées en cause pourrait s'avérer utile.

RASCALS

Les enfants négligés ou maltraités

Introduction

Les enfants négligés ou maltraités ne sont pas nécessairement des enfants handicapés. Mais ils courent de grands risques de le devenir si aucune attention spéciale ne leur est accordée. Le personnel d'un service de garde est bien placé pour constater ou soupçonner ce genre de problème qui peut laisser des séquelles tant physiques qu'affectives ou sociales chez les enfants. Voilà pourquoi ce chapitre leur est consacré. Il tente de décrire d'abord qui sont ces enfants et quels effets sur leur développement peuvent avoir la négligence et l'abus. Il aborde ensuite l'intervention auprès d'eux.

Les enfants négligés ou maltraités

Définition

Il existe plusieurs définitions qui correspondent à divers aspects de la négligence. La plus connue et la plus facile à reconnaître est la négligence physique. L'enfant négligé physiquement est celui qui ne reçoit pas la surveillance et les soins essentiels à sa santé et sa sécurité. Il peut souffrir de malnutrition ou d'une nutrition inappropriée, ne pas recevoir les soins de santé requis par ses maladies mineures ou plus sérieuses ou être laissé à lui-même, sans surveillance d'un adulte responsable, pour des périodes plus ou moins longues. Des vêtements mal entretenus, sales et brisés en sont souvent un indice pour le service de garde. De même, l'enfant a souvent les cheveux mêlés et malpropres, il sent souvent l'urine à son arrivée, il est sale la plupart du temps et a des démangeaisons, il se précipite sur les plats à la collation et souffre souvent de rhumes qu'il traîne longtemps et qui finissent parfois en otites mal soignées.

Certains auteurs parlent de négligence médicale lorsque l'enfant ne reçoit pas les traitements médicaux que nécessite son état de santé.

D'autres parlent aussi de négligence émotionnelle lorsque l'enfant ne reçoit pas les soins affectifs et l'attention minimale indispensables au développement d'un enfant de son âge.

Il y a aussi plusieurs définitions des mauvais traitements (ou abus). On distingue généralement l'abus physique et l'abus sexuel auxquels on donne des significations variées. Certains parlent aussi d'abus émotionnel.

Selon une définition répandue, l'enfant souffrant d'abus physique porte généralement des marques de brûlures, de coups : enflures, ecchymoses (bleus) et parfois même de fractures. Un enfant victime d'accident peut avoir de telles marques, mais dans le cas de coups intentionnels, on trouve habituellement des blessures atypiques, des marques plus anciennes ou des cicatrices antérieures sur le corps de l'enfant.

On étend parfois le sens d'abus physique à des mauvais traitements où, sans être battu, l'enfant est restreint dans ses mouvements et ses déplacements de façon excessive. Par exemple, l'enfant est gardé fréquemment au lit, isolé dans une pièce de la maison, soustrait au contact des autres, etc.

Les abus sexuels sont souvent difficiles à constater, mais la spontanéité d'un jeune enfant rendra peut-être moins étanche le secret voulu par l'adulte abusif. Parfois, l'enfant aura des blessures ou des irritations visibles ou encore se plaindra

de douleurs aux organes génitaux. Mais c'est surtout par des problèmes émotifs que se manifestera cet abus. Il peut s'agir d'un événement isolé ou d'une situation répétitive. L'inceste est susceptible d'être une telle situation.

La notion d'abus implique celle d'excès. Ainsi, on appelle parfois abus émotionnel certains excès des adultes envers l'enfant : punition excessive, protection excessive, etc.

Les enfants négligés ou maltraités

Effets sur le développement

Les causes de la négligence peuvent être diverses : immaturité des parents, dépression de la mère, rejet de l'enfant, par exemple. Les effets de la négligence varient selon ces causes et leur gravité, mais aussi d'un enfant à l'autre.

Physiquement, la négligence peut laisser des traces importantes chez un jeune enfant. La malnutrition présente des risques particuliers pour la formation du squelette et pour la croissance. Le manque d'hygiène et de soins des maladies mineures peut entraîner des séquelles importantes dans certains cas. Par exemple, des otites mal soignées sont parfois à l'origine d'une perte auditive.

La négligence peut se limiter aux soins physiques, mais il arrive qu'elle entraîne aussi des carences affectives chez l'enfant. Cette attitude peut amener des conséquences sérieuses allant à la limite jusqu'à de graves difficultés d'ordre socio-affectif (voir le chapitre portant sur ces difficultés). La négligence est une cause environnementale de la déficience intellectuelle. En effet, l'enfant mal alimenté et mal soigné est souvent aussi un enfant mal aimé à qui il manque la stimulation nécessaire à son développement intellectuel. À moins de trouver ailleurs ce que sa famille ne lui donne pas, c'est tout son développement qui risque d'être perturbé si aucune intervention n'est faite. Le chapitre qui traite de l'intégration des enfants qui ont des déficiences intellectuelles pourrait être utile ici.

Les situations d'abus physiques présentent évidemment un risque pour le développement physique de l'enfant. Mais les circonstances peuvent varier beaucoup. Il peut arriver qu'en dehors d'événements particuliers, au cours desquels l'enfant est battu, le contexte d'évolution de l'enfant soit par ailleurs favorable à son épanouissement physique. Mais parfois ces circonstances s'ajoutent à un ensemble d'éléments très nuisibles à son développement, notamment lorsqu'il souffre aussi de négligence.

L'abus physique a aussi des répercussions sur le développement social et affectif de l'enfant, surtout si la ou les personnes abusives sont des gens qui en ont la responsabilité, ses parents, par exemple.

Dans cette situation, comme dans celle d'abus émotionnel, l'enfant est susceptible de développer des sentiments contradictoires envers les personnes abusives qui elles mêmes éprouvent probablement les mêmes sentiments contradictoires envers lui. Là encore, les enfants peuvent avoir des réactions individuelles différentes, développer de l'hostilité, de la méfiance, voire de l'agressivité envers les

adultes. Ils peuvent aussi les craindre beaucoup et avoir tendance à s'éloigner d'eux, même à s'isoler le plus possible. Le chapitre traitant des difficultés d'ordre socio-affectif pourrait compléter utilement les brèves informations données ici, notamment en ce qui concerne les liens entre les divers aspects du développement.

L'abus sexuel peut avoir des conséquences sur divers aspects du développement de l'enfant, mais c'est surtout son équilibre social et émotif qui est menacé directement. L'atmosphère trouble et les sentiments ambigus dans lesquels baignent les rapports entre l'enfant et l'adulte qui en abuse, influencent négativement la perception que l'enfant a de lui-même et des autres, également l'ensemble de ses rapports avec autrui.

Les enfants négligés ou maltraités

Comment intervenir ?

Les enfants négligés ou maltraités ont besoin d'aide de même que leurs parents. Ils ont besoin d'un support professionnel approprié.

Il pourrait arriver que la fréquentation d'un service de garde fasse partie d'un plan global de support à la famille auquel le personnel pourrait être appelé à collaborer étroitement. Dans un tel cas, le problème est connu et le rôle du service de garde en est un d'accueil et d'intervention auprès de l'enfant.

Par contre, il peut arriver que ce soit le personnel du service de garde qui soupçonne ou constate un problème de négligence ou d'abus. Dans ce cas, la première intervention consiste à le signaler à la direction de la protection de la jeunesse (D.P.J.) de sa région et ce, en vertu de l'article 39 de la *Loi de la protection de la jeunesse* du Québec qui oblige à faire ce signalement. Même le secret professionnel ne peut soustraire de cette obligation. D'autre part, la confidentialité du signalement est protégée par la loi.

Les suggestions d'interventions faites dans le chapitre sur l'intégration des enfants qui ont de graves difficultés d'ordre socio-affectif ou comportemental pourraient s'avérer utiles à l'intervention auprès des enfants négligés ou maltraités. Dans les cas où d'autres aspects du développement de l'enfant présentent un risque ou un retard, les chapitres sur l'intégration d'enfants ayant des déficiences intellectuelles et des déficiences du langage et de la parole pourraient éventuellement être pertinents.

Le but de ce document est de fournir un outil de travail aux personnes œuvrant dans les services de garde afin de les aider dans leur tâche d'intégration des enfants handicapés. Comme il a été maintes fois répété, chaque cas est particulier : le type de déficience, les ressources et les réactions de l'entourage de même que celles de l'enfant varient beaucoup d'un individu à l'autre. Pour cette raison, ce document doit être utilisé avec discernement, en adaptant à chaque situation et à chaque personne les principes énoncés et les suggestions qui y sont faites.

D'autre part, cet ouvrage se veut simple et facile d'accès ; par conséquent, il donne une information plutôt élémentaire qu'approfondie ou complète et se place le plus possible du point de vue pratique qu'est celui du personnel des services de garde. À cet égard, il devrait être vu comme un élément complémentaire à d'autres ressources : celles des parents, des enfants et du milieu (à cette fin, une liste de documents et d'organismes se trouve en annexe).

Malgré ses limites, nous osons espérer que ce petit livre sensibilisera les personnes concernées à l'idéal difficile, mais plein de promesses, que constitue l'intégration, et qu'il les renseignera suffisamment pour les motiver à ouvrir leurs portes aux enfants handicapés, donnant ainsi un bel exemple d'acceptation des différences.

Le rôle que peuvent jouer les services de garde auprès des enfants handicapés démontre bien l'importance grandissante de leur contribution sociale, aussi méconnue soit-elle parfois. Les services de garde québécois sont nés de besoins sociaux créés par l'évolution des mentalités sur la famille et sur l'enfant. Faire appel à leur ouverture d'esprit face aux enfants handicapés, c'est renouer avec les convictions qui les ont animés dès leurs débuts. Puisse cet ouvrage les aider à concrétiser leurs croyances profondes.

1 OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC, *A part ... égales. L'intégration sociale des personnes handicapées, un défi pour tous*, 1984

2 OFFICE DES SERVICES DE GARDE À L'ENFANCE, *Politique d'intégration des enfants handicapés dans les services de garde*, 1983

3 PROVINCE DE QUÉBEC, *Loi sur les services de garde à l'enfance*, L.R.Q., chap. S-4.1, Québec, 1984

4 WASHINGTON, U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, *Mainstreaming preschoolers*, 1978

5 R. BETSALEL-PRESSER ET D. GARON, *La garderie: une expérience de vie pour l'enfant* (3 tomes), Québec, Éditeur officiel, 1984

6 OFFICE DES SERVICES DE GARDE À L'ENFANCE, *Créer un cadre de vie en garderie: guide d'élaboration d'un programme d'activités*, Longueuil, 1984

7 M. PROULX ET M. RICHARD, *Des enfants gardés ... en santé*, Longueuil, 1985

8 A. HEALY, P. McREAVEY, C. SAAZ VON HIPPEL ET S. HARRIS JONES, *Mainstreaming Preschoolers: Children with Health Impairments*, Washington, U.S. Department of Health, Education and Welfare, 1978, pp. 32-36.

K.E. ALLEN, *Mainstreaming in Early Childhood Education*, Albany, Delmar, 1980, pp. 198-202.

N. LAVIGNE ET N. DUCHARME, *Guide pédagogique: les handicaps physiques. Éducation préscolaire*, Québec, Ministère de l'Éducation, 1983, pp. 44-45.

9 N. LAVIGNE ET N. DUCHARME, *Guide pédagogique: les handicaps physiques. Éducation préscolaire*, Québec, Ministère de l'Éducation, 1983, pp. 44-45.

ALLEN, K. E. *Mainstreaming in Early Childhood Education*. Albany : Delmar, 1980.

ALONSO, I. ; MOOR, P. M. ; RAYNOR, S. ; SAAZ VON HIPPEL, C. ; BAER, S. *Mainstreaming Preschoolers : Children with Visual Handicaps*. Washington : Department of Health, Education and Welfare, 1978.

BAILLARGEON, M. *L'integration des enfants handicapés dans les garderies* : rapport présenté à l'Office des services de garde à l'enfance. Longueuil : Office des services de garde à l'enfance, 1982.

BRICKER, D. « A rationale for the integration of handicapped and nonhandicapped preschool children », *in* Guralnick, M. J. (edit.) *Early Intervention and the Integration of Handicapped and Nonhandicapped Children*. Baltimore : University Park Press, 1978, pp. 3-26.

DEPARTMENT OF HEALTH, EDUCATION AND WELFARE. BUREAU OF CHILD DEVELOPMENT SERVICES. *Responding to Individual Needs in Head Start : A Head Start Series on Needs Assessment*. Washington : U. S. Department of Health, Education and Welfare, 1978.

GURALNICK, M. J. (edit.). *Early Intervention and the Integration of Handicapped and Nonhandicapped Children*. Baltimore : University Park Press, 1978.

HEALY, A. ; McREAVEY, P. ; SAAZ VON HIPPEL, C. ; HARRIS JONES, S. *Mainstreaming Preschoolers : Children with Health Impairments*. Washington : U. S. Department of Health, Education and Welfare, 1978.

JACQUES, J. *Guide pédagogique : le handicap visuel : Éducation préscolaire*. Québec : Ministère de l'Éducation, 1983.

LASHER, M. G. ; MATTICK, I. ; PERKINS, F. J. ; SAAZ VON HIPPEL, C. ; GAINES HAILEY, I. *Mainstreaming Preschoolers : Children with Emotional Disturbance*. Washington : Department of Health and Human Services, 1978.

LAVIGNE, N. et DUCHARME, N. *Guide pédagogique : les handicaps physiques. Éducation préscolaire*. Québec : Ministère de l'Éducation, 1983.

LIEBERGOTT, J. ; FAVORS, A. ; SAAZ VON HIPPEL, C. ; LIFTMAN-NEEDLEMAN, H. *Mainstreaming preschoolers : Children with Speech and Language Impairments*. Washington : U. S. Department of Health and Human Services, 1978.

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION. *Guide pédagogique : le handicap auditif. Éducation préscolaire*. Québec : Ministère de l'Éducation, 1982.

MEISELS, S. J. (edit.). *Special Education and Development. Perspectives on Young Children with Special Needs*. Baltimore : University Park Press, 1979.

OFFICE DES PERSONNES HANDICAPÉES DU QUÉBEC. *A part ... égale*. Québec : Éditeur officiel, 1984.

OFFICE DES SERVICES DE GARDE À L'ENFANCE. *Politique d'intégration des enfants handicapés dans les services de garde*. Longueuil : Office des services de garde à l'enfance, 1983.

SOUWEINE, J., CRIMMINS, S., MAZEL, C. *Mainstreaming : Ideas for Teaching Young Children*. Washington : National Association for the Education of Young Children, 1981.

STOKES KIERAN, S., PARTRIDGE CONNOR, F., SAAZ VON HIPPEL, C., HARRIS JONES, S., *Mainstreaming Preschoolers : Children with Orthopedic Handicaps*. Washington : U. S. Department of Health, Education and Welfare, 1978.

WHITESIDE LYNCH, E., HOWELD SIMMS, B., SAAZ VON HIPPEL, C., SAUCHAT, J., *Mainstreaming Preschoolers : Children with Mental Retardation*. Washington : U. S. Department of Health and Human Services, 1978.

ALLEN, K. E. *Mainstreaming in Early Childhood Education*. Albany : Delmar, 1980. 261 p.

Livre simple, illustré, présenté sous forme d'enseignement programmé. Traite de l'ensemble des déficiences et de l'intégration des enfants qui les ont dans les services préscolaires, avant l'entrée à la maternelle.

BRUNET, J. P. *Guide pédagogique : la mésadaptation socio-affective. Éducation préscolaire*. Québec : Ministère de l'Éducation, 1983. 54 p. Document n° 16-1520-01.

Guide pédagogique sur la mésadaptation socio-affective (difficultés d'ordre socio-affectif ou comportemental) qui s'adresse aux enseignants et enseignantes des maternelles. Rédigé simplement, il aborde les principales questions que se posent les éducateurs et éducatrices de jeunes enfants qui ont des difficultés ou des déficiences d'ordre socio-affectif.

DEINER, P. L. *Resources for Teaching Young Children with Special Needs*. Toronto : Harcourt Brace Jovanovich, 1983. 564 p.

Livre simple, illustré, très complet. Traite de l'ensemble des déficiences et des difficultés de développement des jeunes enfants, de l'intégration et de l'intervention et suggère des activités et du matériel. Excellente ressource.

FINNIE, N. R. *Éducation à domicile de l'enfant infirme moteur cérébral*. Paris et Québec : Masson et Presses de l'Université Laval, 1979.

Ce livre s'adresse aux parents, mais sera également utile au personnel des services de garde dans son intervention auprès d'enfants ayant des déficiences du squelette et de l'appareil de soutien, notamment la paralysie cérébrale.

INSTITUT NATIONAL POUR LA DÉFICIENCE MENTALE. *Enfants ayant des besoins spéciaux dans les garderies : un guide d'intégration*. Ottawa : Santé et Bien-être social, Canada, 1978. 57 p. (version française et anglaise)

Document simple traitant de différents aspects de l'intégration des enfants handicapés dans les garderies sans toutefois aborder spécifiquement les différentes déficiences. On peut se le procurer gratuitement auprès de Santé et Bien-être Canada à Ottawa.

JACQUES, J. *Guide pédagogique : le handicap visuel. Éducation préscolaire*. Québec : Ministère de l'Éducation, 1983. 45 p. Document n° 16-1520-03.

Guide pédagogique à l'intention des enseignants et des enseignantes de maternelle en vue de l'intégration d'enfants qui ont des déficiences visuelles. Information utile aux services de garde.

JOHNSON, M. A. *Déficience mentale : l'éducation des enfants d'âge préscolaire. Guide pratique pour les parents*. Montréal : Libre Expression et Association du Québec pour les déficients mentaux, 1978. 186 p.

Préparé pour l'Association du Québec pour les déficients mentaux et destiné d'abord aux parents, ce livre simple et complet peut être très utile au personnel des services de garde. En plus de donner de l'information sur les déficiences intellectuelles, il suggère des activités et des interventions possibles en service de garde et aide à comprendre le vécu de la famille.

LAVIGNE, N. et DUCHARME, N. *Guide pédagogique : les handicaps physiques. Éducation préscolaire*. Québec : Ministère de l'Éducation, 1983. 70 p. Document n° 36-1520-02.

Ce guide pédagogique d'intégration des enfants qui ont des déficiences organiques et du squelette ou de l'appareil de soutien est rédigé à l'intention des enseignants et des enseignantes des maternelles. Il donne de l'information sur ces déficiences et des suggestions de planification et d'intervention dans le cadre du programme préscolaire du ministère de l'Éducation. Il peut cependant être utile aux services de garde, notamment dans ses propositions d'intervention au cours des activités ordinaires : jeux de rôle, peinture, etc.

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION. *Guide pédagogique : le handicap auditif. Éducation préscolaire*. Québec : Ministère de l'Éducation, 1982. 51 p. Document n° 36-1501.

Conçu pour les enseignants et enseignantes des maternelles, ce guide pédagogique renferme aussi des informations et des conseils sur les déficiences auditives qui peuvent être utiles en service de garde.

MINISTÈRE DE L'ÉDUCATION. *Manuel à l'intention des parents d'enfants aveugles d'âge préscolaire*. Toronto : Institut d'études pédagogiques de l'Ontario.

Écrit pour les parents, ce document donnera aussi au personnel des services de garde des informations et des suggestions utiles à l'intégration d'enfants ayant des déficiences visuelles.

NORTHCOTT, W., Curriculum guide : *Hearing Impaired Children*. Washington : Alexander Graham Bell Association, 1973.

Ce document est un guide de programmation pédagogique à l'intention des enseignants et enseignantes ou éducateurs et éducatrices de jeunes enfants ayant des déficiences auditives, à partir de l'âge de trois ans. Même s'il traite surtout d'interventions spécialisées, l'information est généralement pertinente pour un service régulier, particulièrement le chapitre intitulé : « The Hearing Impaired Children in a Regular Classroom ».

SOLWEINE, J., CRIMMINS, S., MAZEL, C., *Mainstreaming : Ideas for Teaching Young Children*. Washington : National Association for the Education of Young Children, 1981. 98 p.

Écrit par des personnes qui ont vécu l'expérience de l'intégration de jeunes enfants handicapés dans un service préscolaire régulier, ce petit livre répond de manière simple et concrète à la plupart des questions sur l'intégration à ce niveau. Il aborde entre autres, la façon de préparer les enfants non handicapés à l'expérience de l'intégration.

U. S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. Série *Mainstreaming preschoolers*. Série de guides sur l'intégration des enfants de 3 à 5 ans qui ont différentes déficiences à l'intention des éducateurs et éducatrices, des parents et des autres personnes qui travaillent avec ces enfants. Excellents documents d'information et d'intervention.

ALONSO, I., MOOR, P. M., RAYNOR, S., SAAZ VON HIPPEL, C., BAERS, S. *Mainstreaming Preschoolers : Children with Visual Handicaps*. Washington : Department of Health, Education and Welfare, 1978. 127 p. DHEW Publication n° (OHDS) 78-3112.

HEALY, A., MCAREAVEY, P., SAAZ VON HIPPEL, C., HARRIS JONES, S. *Mainstreaming Preschoolers : Children with Health Impairments*. Washington : U. S. Department of Health, Education and Welfare, 1978. 130 p. DHEW Publication n° (OHDS) 78-3111.

LASHER, M. G., MATTICK, I., PERKINS, F. J., SAAZ VON HIPPEL, C., GAINES HAILEY, I. *Mainstreaming Preschoolers : Children with Emotional Disturbance*. Washington : Department of Health and Human Services, 1978. 147 p. DHHS Publication n° (OHDS) 78-31115.

LIEBERGOTT, J., FAVORS, A., SAAZ VON HIPPEL, C., LIFTMAN-NEEDLEMAN, H. *Mainstreaming Preschoolers : Children with Speech and Language Impairments*. Washington : U. S. Department of Health and Human Services, 1978. 168 p. DHHS Publication n° (OHDS) 80-3113.

STOKES KIERAN, S., PARTRIDGE CONNOR, F., SAAZ VON HIPPEL, C., HARRIS JONES, S. *Mainstreaming Preschoolers : Children with Orthopedic Handicaps*. Washington : U. S. Department of Health, Education and Welfare, 1978. 139 p. DHEW Publication n° (OHDS) 78-3114.

WHITESIDE LYNCH, E., HOWELD SIMMS, B., SAAZ VON HIPPEL, C., SHUCHAT, J. *Mainstreaming Preschoolers : Children with Mental Retardation*. Washington : U. S. Department of Health and Human Services, 1978. 139 p. DHHS Publication n° (OHDS) 80-3110.

Ressources additionnelles

- Office des personnes handicapées du Québec, siège social et bureaux régionaux
- Les centres de stimulation précoce
- Les centres d'accueil et de réadaptation
- Les centres hospitaliers :
  - département de santé communautaire (D.S.C.)
  - département de pédo-psychiatrie
  - département d'ergothérapie
  - département de physiothérapie
- Le conseil régional des services de santé et des services sociaux (C.R.S.S.S.)
- Le centre local des services communautaires (C.L.S.C.)
- Les organismes de promotion des droits et intérêts des personnes handicapées (associations locales, régionales, provinciales)
- Certaines universités pour leurs programmes d'intervention et de recherche en petite enfance
- Les autres services de garde ayant déjà vécu une expérience d'intégration
- Les commissions scolaires
- Les municipalités (transport adapté, loisirs)
- Communication-Québec
- Les bibliothèques et centres de documentation :
  - l'Institut québécois de la déficience mentale à Montréal
  - l'Office des services de garde à l'enfance
  - les C.R.S.S.S.
  - les centres hospitaliers
  - les universités et les cégeps
  - les bibliothèques municipales

Entrez dans la ronde... s'adresse d'abord au personnel des services de garde à l'enfance. Mais l'information qu'il contient sur l'intégration et les différents types de déficiences, de même que les suggestions pratiques d'intervention éducative qu'il présente sont susceptibles d'aider toute autre personne faisant un travail d'éducation auprès de jeunes enfants handicapés rencontrant des difficultés temporaires plus ou moins importantes. Les enseignants et enseignantes de maternelles, les parents, les professionnels ou spécialistes de diverses disciplines liées à la petite enfance y trouveront une source d'information utile à leurs interventions.

Déjà parus dans la même collection:

- La garderie, une expérience de vie pour l'enfant;
  Volet 1: de 1 mois à 24 mois
  L'Âge de la recherche et de l'identification
  Volet 2: de 2 à 3 ans
  L'Âge de la démarche vers l'autonomie
  Volet 3: de 4 à 6 ans
  L'Âge de la conquête de l'initiative

- Des enfants gardés... en santé.

Gouvernement du Québec
Office des services de garde à l'enfance

Imprimé au Québec, Canada